



Regional strategy for health sector
response to HIV
2011–2015

Stratégie régionale pour une
riposte du secteur
de la santé au VIH 2011–2015



Regional strategy for health sector response to HIV 2011–2015

Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011–2015



**World Health
Organization**

Regional Office for the Eastern Mediterranean



**Organisation
mondiale de la Santé**

Bureau régional de la Méditerranée orientale

WHO Library Cataloguing in Publication Data

WHO. Regional Office for the Eastern Mediterranean

Regional strategy for health sector response to HIV 2011–2015 / World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean

p.

Arabic edition published in Cairo (WHO-EM/STD/142/A)

French edition published in Cairo (WHO-EM/STD/142/F)

WHO-EM/STD/142/E

1. HIV Infections 2. Health Care Sector 3. Regional Health Planning 4. Health Policy 5. Health Status I. Title II Regional Office for the Eastern Mediterranean

(NLM Classification:WC 503)

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Bureau régional de la Méditerranée orientale

Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011 – 2015 / Bureau régional de la Méditerranée orientale

p.

Édition anglaise au Caire (WHO-EM/STD/142/E)

Édition arabe au Caire (WHO-EM/STD/142/A)

WHO-EM/STD/142/F

1. Infections à VIH 2. Secteur des soins de santé 3. Planification sanitaire régionale 4. Politique de santé 5. État de santé I. Titre II. Bureau régional de la Méditerranée orientale

(Classification NLM :WC 503)

© World Health Organization 2011

All rights reserved.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

Publications of the World Health Organization can be obtained from Distribution and Sales, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, PO Box 7608, Nasr City, Cairo 11371, Egypt (tel: +202 2670 2535, fax: +202 2670 2492; email: PAM@emro.who.int). Requests for permission to reproduce, in part or in whole, or to translate publications of WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean – whether for sale or for noncommercial distribution – should be addressed to WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, at the above address: email: WAP@emro.who.int.

Document WHO-EM/STD/142/E/08.11/300

Design, layout and printing by WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo, Egypt

© Organisation mondiale de la Santé 2011

Tous droits réservés.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès du Service Distribution et Ventes, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Boîte postale 7608, Cité Nasr, 11371 Le Caire (Égypte) (téléphone : +202 2670 2535 ; télécopie : +202 2670 2492 ; adresse électronique : PAM@emro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire des publications du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, partiellement ou en totalité, ou de les traduire – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, à l'adresse ci-dessus (adresse électronique : WAP@emro.who.int).

Document WHO-EM/STD/142/F/08.11/300

Conçu, mis en page et imprimé par le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Le Caire, Égypte

Contents

Resolution EM/RC57/R.5.....	5
Preface	7
1. Introduction	8
2. Situation analysis.....	8
2.1 Global context.....	8
2.2 Regional situation.....	9
2.3 Current response and challenges	11
3. Regional strategy for health sector response to HIV 2011–2015.....	16
Goal.....	16
Objectives.....	16
Targets	16
Guiding principles	16
Components of the strategy	16
4. Conclusions.....	19
5. Recommendations to Member States	20
References	20

Sommaire

Résolution EM/RC57/R.5.....	21
Préface	23
1. Introduction	24
2. Analyse de la situation.....	24
2.1 Contexte mondial	24
2.2 Situation régionale	25
2.3 Réponse et difficultés actuelles.....	28

3. Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015	32
But	32
Objectifs	32
Cibles	33
Principes directeurs	33
Composantes de la stratégie	33
4. Conclusions	37
5. Recommandations aux États Membres	37
Références	38



Resolution EM/RC57/R.5

REGIONAL COMMITTEE FOR THE EASTERN MEDITERRANEAN

October 2010

Fifty-seventh Session

Agenda item 4 (c)

Regional strategy for health sector response to HIV 2011–2015

The Regional Committee

Having reviewed the technical paper on a regional strategy for health sector response to HIV 2011–2015¹;

Recalling United Nations General Assembly resolution A/RES/60/262 Political Declaration on HIV/AIDS and commitment of governments to working towards universal access to HIV prevention, care and treatment;

Recognizing that the attainment of the health-related Millenium Development Goals is closely linked to the attainment of universal access to HIV prevention, care and treatment;

Concerned about the persisting challenges in attaining universal access to HIV prevention, treatment and care in the Region;

Recognizing further that the health sector is a major contributor to the achievement of the universal access goals as part of multisectoral HIV strategies;

Acknowledging the importance of investment in and political commitment to a health sector response that is based on primary health care principles and tailored to the specific epidemiological, sociocultural and economic context of countries;

Noting that the new strategy builds on progress achieved within the framework of the regional strategy for health sector response to HIV 2006–2010 endorsed in resolution EM/RC52/R.9;

Stressing the need to ensure access to HIV prevention, care and treatment services for populations that are particularly vulnerable and for populations at increased risk of HIV transmission, such as men who have sex with men, sex workers and injecting drug users;

1. ENDORSES the regional strategy for health sector response to HIV 2011–2015;
2. URGES Member States to:
 - 2.1 Review and revise national HIV prevention and control strategies to prioritize interventions in line with the regional strategy and according to the local epidemic context;

¹ Document no. EM/RC57/5



- 2.2 Include relevant HIV prevention, treatment and care interventions as an integral component of overall health sector plans and of programmes for reproductive and sexual health, child and adolescent health, mental health and tuberculosis control;
 - 2.3 Identify obstacles to integration of HIV programme and service delivery in national health systems and invest in health system strengthening to address these obstacles;
 - 2.4 Ensure that HIV is not transmitted through medical procedures, including blood transfusions and injections, carried out in the public and private health sector;
 - 2.5 Focus, in countries with low-level and concentrated epidemics, on access to voluntary HIV testing and counselling and prevention and care services for key populations at increased risk of HIV, such as injecting drug users, men who have sex with men and sex workers;
 - 2.6 Eliminate stigmatization of HIV among health workers to ensure people living with HIV are not denied medical care;
 - 2.7 Make more efficient use of mass media to raise awareness of HIV in the society as a whole, and in particular among youth;
 - 2.8 Foster cross-border collaboration to address HIV risk and vulnerability and ensure prevention, care and treatment within the context of mobility and migrant populations;
 - 2.9 Build capacity of both government institutions and civil society organizations in order to make optimal use of their potential to contribute to the health sector response in a complementary manner;
 - 2.10 Establish HIV surveillance systems with special attention to adolescents and adults engaging in high risk sexual and drug injecting behaviours;
 - 2.11 Invest in programme monitoring and evaluation to enable responsive HIV programme management;
 - 2.12 Develop costed operational plans for the health sector response to HIV and allocate adequate resources to the implementation of these plans;
3. REQUESTS the Regional Director to:
- 3.1 Monitor the implementation of the regional strategy and report periodically to the Regional Committee;
 - 3.2 Continue to provide technical support to Member States for the adaptation and integration of HIV interventions in national health sector strategies and plans based on the regional strategy, for their implementation and monitoring, and for resource mobilization.



Preface

The purpose of the regional strategy for health sector response to HIV 2011-2015 is to advocate for urgent action by Member States to enhance the contribution of the health sector to achieving universal access to HIV prevention, treatment, care and support and, ultimately, to attaining the Millennium Development Goals (MDG). The strategy takes into consideration commitments made by the United Nations General Assembly in 2001 and 2006 and strategic directions for the achievement of universal access to HIV prevention, treatment, care and support developed by WHO and UNAIDS. The strategy builds on the regional strategy for strengthening health sector response to HIV/AIDS and sexually transmitted infections 2006–2010 and is complementary to the regional strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections 2009–2015, which does not cover HIV. It accommodates the need for re-orientation based on better knowledge of HIV epidemiology in the Region, on lessons learnt from the successes and failures of national HIV/AIDS programmes in the past, as well as the need to reinforce commitment and to address persisting challenges more efficiently.

Since the early 1980s, when the first HIV infections were detected in the Region, the epidemic has continued to expand. During the past decade between 50 000 and 100 000 estimated new HIV infections have occurred each year. While overall adult HIV prevalence has remained low, at an average estimated 0.2%, evidence has accumulated that the epidemic is gaining hold in sub-groups of the population at increased risk associated with injecting drug use or risky sexual behaviour. However, in the majority of countries there are still major gaps in knowledge with regard to the local dynamics of the HIV epidemic. Efforts to prevent further

spread of the epidemic and to expand access to life-saving antiretroviral therapy (ART) have increased substantially, resulting in a 70% increase in the number of people receiving ART between 2007 and 2009. A few countries, such as Islamic Republic of Iran, Morocco and Pakistan, have achieved appreciable coverage of people in need of prevention services, and low, if any, coverage of programmes for those at increased risk are the main reason for the continued transmission of HIV.

Primarily, the regional strategy promotes expansion of coverage and improvement of quality of known effective health sector interventions that are already part of the existing regional strategies. It puts increased emphasis on: strengthening existing health systems to meet the needs of HIV programmes; targeting interventions to those population groups where most transmission is likely to take place; and improving the information system related to HIV through strengthening HIV surveillance, ensuring its comprehensiveness and assuring data quality, and conducting research. In addition updated approaches to enhance access to prevention, care and treatment, such as the systematic introduction and expansion of provider-initiated HIV testing and counselling and prevention service packages for injecting drug users, sex workers and men having sex with men have been included. The most important benefits expected from the regional strategy are: a) improved information on local dynamics of the HIV epidemic to enable strategic decision making; b) increased coverage of people at risk of HIV infection or transmission with HIV prevention services; c) increased coverage of people living with HIV with HIV care and treatment services; and d) strengthened capacity of health systems to enhance quality, coverage and sustainability of HIV and other services.



1. Introduction

Since the early 1980s, when the first HIV infections were detected in the Eastern Mediterranean Region, the epidemic has continued to expand. During the past decade, between 50 000 and 100 000 estimated new HIV infections have occurred each year. While overall adult HIV prevalence has remained low, at an average estimated 0.2%, evidence has accumulated that the epidemic is gaining hold in sub-groups of the population at increased risk associated with injecting drug use or risky sexual behaviour. In 2009 an estimated 24 000 HIV-related deaths occurred, among them 4400 children below the age of 15. Efforts to prevent further spread of the epidemic and to expand access to life-saving antiretroviral therapy have increased substantially and some countries have achieved considerable coverage of people in need of treatment services. However, in the majority of countries there are still major gaps in knowledge with regard to the local dynamics of the HIV epidemic and in programmes for those at increased risk. These gaps are the main reason for the continued transmission of HIV. Moreover, HIV programmes in low-income and middle-income countries, which have benefited in recent years from considerable donor support, are confronted with the challenge of achieving quality, coverage and sustainability of interventions within often weak existing health systems.

The purpose of the regional strategy for health sector response to HIV 2011–2015 is to advocate for urgent action by Member States to enhance the contribution of the health sector to achieving universal access to HIV prevention, treatment, care and support. Ultimately, interventions promoted by the strategy will contribute to attaining Millennium Development Goals (1), in particular: goal 4, which seeks to reduce child mortality by 2015, through prevention of mother-to-child transmission; goal 5 which seeks to reduce maternal mortality by three-quarters by 2015, through intensified efforts to detect pregnant women in need of HIV care

and treatment and provision of antiretroviral therapy; and goal 6, which calls on nations to reverse the spread of diseases, especially HIV among marginalized populations who frequently have poor access to services.

The strategy takes into consideration commitments made by the United Nations General Assembly in 2001 (2) and 2006 (3) and strategic directions for the achievement of universal access to HIV prevention, treatment, care and support developed by WHO (4) and UNAIDS (5). The strategy builds on the regional strategy for strengthening health sector response to HIV/AIDS and sexually transmitted infections 2006–2010 (6) and is complementary to the regional strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections 2009–2015 (7), which does not cover HIV. It accommodates the need for re-orientation based on better knowledge of HIV epidemiology in the Region, on lessons learnt from the successes and failures of national AIDS programmes in the past, as well as the need to reinforce commitment and to address persisting challenges more efficiently.

2. Situation analysis

2.1 Global context

Globally, in 2009, it is estimated that 33.3 million adults and children were living with HIV and 2.6 million people were newly infected, while 2.0 million people died of HIV. In 2009, the estimated number of new HIV infections was approximately 20% lower than at the epidemic's peak 12 years earlier. There have been many successes in the HIV response in recent times, including increases in HIV treatment coverage from 7% in 2003 to 52% in 2009 and an indication of decline in HIV incidence in some regions (8). However, currently, globally five people become infected with HIV for every two people accessing treatment.



2.2 Regional situation

According to 2009 estimates the HIV epidemic in the Eastern Mediterranean Region continues to expand. In 2009, an estimated 75 000 people in the Region became infected with HIV, and 24 000 related deaths occurred. The total number of people living with HIV (PLHIV) in the Region at the end of 2009 was estimated to be 460 000 (Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. UNAIDS/10.11E/JC1958E). HIV prevalence in the general population remained low with a regional average of 0.2%, which is the second lowest globally after northern America and western and central Europe, with 0.1% each. However, there is considerable regional variation and Djibouti, parts of Somalia and southern Sudan have confirmed HIV prevalence in the general population above 1% as reflected in HIV prevalence among pregnant women attending antenatal care (Table 1). Estimations of PLHIV and new HIV infections each year during the past 5 years show major fluctuations due to a) improvement in the estimation methodology recommended by the UNAIDS monitoring and evaluation reference group, and b) improved epidemiological data from several countries, including Pakistan and Sudan. It is therefore not possible to make firm inferences from these data with regard to trends in the epidemic. A number of countries have recently collected information on HIV prevalence and risk behaviours among key populations at increased risk, namely injecting drug users, prisoners, sex workers and men having sex with men using institution-based and community-based probability sampling methodologies (Table 1).

According to a regional review of available data on the epidemic carried out by the World Bank, UNAIDS and the Regional Office, several epidemiological patterns are contributing to the spread of HIV in the Region (9). First, within countries, the epidemic is spreading mainly through unsafe injecting drug use, high-risk behaviour among men having sex with men, and women and men engaging in commercial

sex followed by onward transmission to regular sexual partners. Epidemics among injecting drug users have been confirmed in Afghanistan, Bahrain, Islamic Republic of Iran, Libyan Arab Jamahiriya and Pakistan. Data from Egypt, Lebanon, Sudan and Tunisia suggest emerging epidemics among men having sex with men. High HIV prevalence among sex workers has so far been reported from Djibouti and Somalia.

A second pattern, which exists at varying levels in countries of the Region, is characterized by nationals who contract HIV outside their home country and then transmit HIV to their sexual partners upon return to their home country. The majority of such infections are linked to sexual and injecting exposures abroad. This transmission pattern leads to randomly distributed infections in the general population but does not usually result in significant onward transmission beyond direct sexual partner(s).

Finally, there are three countries in the African part of the Region experiencing generalized HIV epidemics, i.e. Djibouti, Sudan (southern) and Somalia (some areas). Data from sentinel serosurveys among pregnant women in southern Sudan suggest substantial HIV transmission within the general population in some areas. However, in these three countries also, HIV transmission related to key populations at increased risk, in particular to commercial sex and possibly to sex between men, is none-the-less likely to disproportionately contribute to new HIV infections.

In conclusion, there is increasing evidence of HIV penetrating into the networks of injecting drug use and high-risk sexual behaviour, but much of these data require confirmation through repeated surveys or improvements in survey quality. However, data are sufficient to alert all countries in the Region to increase their vigilance regarding epidemic dynamics focusing on populations at high risk, their interaction with so-called bridging populations (sexual partners of high-risk populations) and potential linkages to the general population.

Table 1: Prevalence in low and high-risk populations in Eastern Mediterranean Region countries between 2005-2010

Country	Antenatal care attendees	Blood donors	Tuberculosis patients	Sexually transmitted infections patients	Injecting drug users	Female sex workers	Men who have sex with men	Prisoners
	HIV+ (%)	HIV+ (%)	HIV+ (%)	HIV+ (%)	HIV+ (%)	HIV+ (%)	HIV+ (%)	HIV+ (%)
Afghanistan	–	<0.1 ^b	0.2 ^b	–	1–18.2 (2009) ^b	0 (2009) ^b	na	0.57–1.57 (2009) ^b
Bahrain	–	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	1.7 (2008) ^a	0.6 (2008) ^a	11.8 (2008) ^a	–	–	20.3 (2008) ^a	–	–
Egypt	–	0.0 (2008) ^a	0.2 (2008) ^a – <0.001 (2009) ^a	0.0 (2008) ^a	0.6 (2006) (Cairo) ^a 7.7 (2010) (Cairo) ^d 6.7 (2010) (Alexandria) ^d	0.8 (2006) (Cairo) ^a 0.0 (2010) ^d	6.2 (2006) (Alexandria) ^a 5.4 (2010) (Cairo) ^d 6.9 (2010) (Alexandria) ^d	0.22 (2008) ^a <0.001 (2009) ^a
Iran, Islamic Republic of	0.0 (2010) ^a	0.004 (2010) ^a	3.8 (2010) ^a	0 (2010) ^a	13.4 (2010) ^a	3.4 (2010) ^a	–	1.4 (2010) ^a
Iraq	0.0 (2009) ^a	0.001 (2009) ^a	0.02 (2009) ^a	0.0 (2009) ^a	–	–	–	0.0 (2009) ^a
Jordan	–	0.0 (2008) ^a	0.0 (2009) ^a	0.0 (2009) ^a	–	–	–	0.0 (2009) ^a
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–
Lebanon	–	0 (2009) ^a	0.003 (2009) ^a	–	0.0 (2007) (Beirut) ^a	0.0 (2007) (Beirut) ^a	3.6 (2007) (Beirut) ^a	0.16 (2007) ^a
Libyan Arab Jamahiriya	0.07–0.3 (2004) ^d	–	–	–	54.0 (2003) (Tagura centre) ^d	–	–	18 (2004) (national survey) ^d
Morocco	0.1–2.7 (2010) ^{a e}	0.02 (2009) ^a	0.83 (2010) ^a	0.3 (2010) ^a	–	2.7 (2010) ^a	–	0.5 (2010) ^a
Oman	0.03 (2009) ^a	0.02 (2009) ^a	1.3 (2009) ^c	2.3 (2009) ^a	0.43 (2007) ^c	–	–	0.8 (2009) ^a
Pakistan	–	–	3.6 (2008) ^a	–	12–30 (2008) ^a	0–0.25 (2007–8) ^a	1.8 ^a (MSM) (2008) ^a 0–27 (hijra ^f SW) (2008) ^a	–
Palestine	0.0 (2010) ^a	0.0 (2009) ^a	0.0 (2010) ^a	0 (2010)	0 (2010) ^a	–	–	0 (2010) ^a
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–
Saudi Arabia	0.0 (2008) ^a	0.05 (2009) ^a	0.03 (2008) ^a	0.3 (2010) ^a	0.006 (2010) ^a	–	–	0.016 (2010) ^a
Somalia	1.7 (2007) (Somaliland) ^d 0.9 (2007) (Puntland) ^d	–	4.5 (2004) (3 zones) ^d	6.3 (2007) (Hargeisa) ^d 2.2 (2007) (Puntland) ^d	–	5.3 (2007) ^a	–	–
Sudan, northern	0.16 (2009) ^a	0.46 (2009) ^a	1.66 (2005) ^d	1.47 (2005) ^d	na	0.1–0.9 (2008) ^a	2.3 (2008) ^a	8.6 (2006) ^d
Sudan, southern	3.4 (2007) ^a	–	13.4 (2008) ^a	–	–	–	–	–



Table 1: Prevalence in low and high-risk populations in Eastern Mediterranean Region countries between 2005-2010 (concluded)

Country	Antenatal care attendees	Blood donors	Tuberculosis patients	Sexually transmitted infections patients	Injecting drug users	Female sex workers	Men who have sex with men	Prisoners
	HIV+ (%)	HIV+ (%)	HIV+ (%)	HIV+ (%)	HIV+ (%)	HIV+ (%)	HIV+ (%)	HIV+ (%)
Syrian Arab Republic	na ^b	0 (2009) ^a	0.02 ^b	0 (2009) ^a	0.30 ^b	0.10 ^b	0.5–10 ^b	0.010 ^b
Tunisia	na	0.004 (2009) ^a	0.08 (2008) ^a	0.0 (2010) ^a	3.1 (2009) ^a	0.4 (2009) ^a	4.9 (2009) ^a	na
United Arab Emirates	0.005 (2009) ^a	0.005 (2009) ^a	0.9 (2009) ^a	–	–	–	–	0.0 (2008) ^a
Yemen	0.1 (2010) ^a	0.03 (2009) ^a	1.6 (2009) ^a	3.7 (2008) ^c	–	1.3 (2008) (Aden) ^a	–	2.1 (2008) ^c

Source: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Regional HIV database.

SW: sex workers.

MSM: men who have sex with men

^a Data from regional reviews of national HIV and sexually transmitted infections surveillance systems by I. Bozicevic, 2009 and 2010

^b Data from NAP managers during the 19th NAP managers' meeting, Beirut, 13-15 March 2010

^c Data from regular quarterly HIV/AIDS case reporting to WHO

^d Data from reports/presentations on surveillance activities provided to WHO

^e Measured at 6 highest prevalence antenatal care sites

^f hijra: a special group of transgender people existing in south Asian culture

na: reported as not available

– No data reported to WHO

In terms of achieving the target 1 of Millennium Development Goal 6, i.e. halting or reversing the spread of HIV, the most recent epidemiological data shows that epidemic spread has not been contained yet in the Region and that, without effective prevention programmes, growing epidemics among high-risk populations and their sexual networks can be expected.

2.3 Current response and challenges

The regional strategy for strengthening health sector response to HIV/AIDS and sexually transmitted infections 2006–2010 emphasized three main components: 1) enhancing political commitment and mobilizing additional resources for the HIV response; 2) creating evidence of the status and trends of the HIV epidemic; and 3) expanding access to an essential package of HIV prevention, care and treatment services.

The degree to which national AIDS programmes have put the recommended strategies into practice has varied depending on many factors, including political commitment at highest level, willingness and ability to address culturally and politically sensitive issues pragmatically, other national priorities (e.g. emergency and conflict situations) and availability of resources.

Epidemic surveillance

Significant progress has been made in several countries regarding the understanding of the local epidemic situation, in particular with regard to populations likely to be most at risk of HIV infection. The number of countries that carried out surveys on HIV prevalence and risk behaviours among prisoners, injecting drug users, men having sex with men and sex workers increased. Also, countries improved the quality of surveys by using, for the most part, probability-based sampling methodologies.



These achievements show that even in a difficult cultural context, where these populations are highly stigmatized and discriminated against, it is possible to conduct community-based surveys if confidentiality, respect for human rights and access to services for those in need are ensured. However, the majority of countries have not yet taken the necessary steps to estimate the sizes of these populations and are therefore not able to forecast the burden of new infections among them and, accordingly, plan for effective coverage with prevention programmes. Still, many countries rely largely on passive reporting and on HIV testing of large groups of low-risk populations, which neither serves the purpose of determining where, among whom and how most transmission is taking place, nor contributes efficiently to HIV case detection.

HIV care and treatment

All countries have made efforts to increase access to life-saving antiretroviral therapy (ART). During 2008 and 2009, the number of people living with HIV on ART increased, rising between end of 2007 and end of 2009 by 70%, from approximately 7867 to approximately 15 511, and several countries doubled the number of PLHIV receiving ART (Table 2). The number of HIV-infected pregnant women reported to the Regional Office, who received ART for prevention of mother-to-child transmission increased three-fold during this period. All countries provide antiretroviral medicines free of charge to those PLHIV who are in need of ART and known to the health system. However, in spite of all efforts, the gap between the estimated need and actual regional ART coverage remains approximately 90%, the widest globally. The main obstacle to achieving higher coverage is identification of PLHIV for enrolment in care, treatment and prevention services. Dependence on donor funding for ART is a threat to the sustainability of current achievements in many lower income countries.

HIV testing and counselling

Knowing one's HIV status by obtaining an HIV test has still not become a viable option for most people at risk of HIV infection in the Region. Limited access to confidential HIV testing services, lack of risk awareness, fear of stigmatization and discrimination in families, communities, schools and workplaces, including the violation of human rights, are all factors contributing to this situation. Moreover, the common policy of mandatory testing demands huge investments in testing of low-risk populations while failing to reach high-risk populations unless they are accessible in institutions, i.e. through arrest or health care admission. Regional HIV testing data show the failure of such policies in terms of identifying substantial numbers of HIV-infected people (10). A policy shift in favour of attracting people at high risk to voluntary and confidential counselling and testing, with linkages to HIV prevention, care and support, as recommended by WHO and UNAIDS, is likely to result in higher coverage of PLHIV with HIV testing, counselling, prevention and care. The health sector bears responsibility for reducing stigma related to HIV among health workers, ensuring that health workers have knowledge of HIV-related clinical signs and symptoms in order to initiate HIV diagnosis at an early stage, and promoting client-initiated and provider-initiated voluntary and confidential HIV testing and counselling services.

Prevention of mother-to-child transmission

Although all countries in the Region offer some services for the prevention of mother-to-child transmission of HIV (PMTCT), these services remain fragmented and limited in many settings. Accordingly, the estimated number and percentage of pregnant women needing antiretroviral medicines for PMTCT in the Region is, as with ART, the lowest globally. In



Table 2: Availability and/or coverage of selected priority interventions in countries of the Eastern Mediterranean Region in 2008/9

Country	Number of PLWH on ART 2007	Number of PLHIV on ART 2009	% increase in numbers of PLWH on ART between 2007 and 2009	% health facilities experiencing ART stock out	Number of pregnant women living with HIV who received ARVs for PMTCT	% of transfusion blood screened for HIV
Afghanistan	0	12	na	na	0	39
Bahrain	na	40	na	na	na	100
Djibouti	705	913	27	92	63	na
Egypt	209	359	72	0	11	100
Iran, Islamic Republic of	825	1486	43	20	52	100
Iraq	0	6	na	0	na	100
Jordan	53	63	45	0	0	100
Kuwait	107	131	23	na	4	100
Lebanon	246	354	47	100 ^a	na	na
Libyan Arab Jamahiriya	1000	1200 ^b	20	na	na	100
Morocco	1648	2647	59	0	90	na
Oman	260	486	58	0	9	100
Pakistan	550	1320	137	0	25	87
Palestine	11	8		na	na	na
Qatar	na	70	na	na	1	na
Saudi Arabia	662	1125	31	0	44	100
Somalia	211	578	230	12	6	100
Sudan, northern	895	1996	123	6	90	100
Sudan, southern	303	1829	na	33	155	na
Syrian Arab Republic	75	99	33	na	2	100
Tunisia	na	412	na	0	3	100
United Arab Emirates	na	121	na	0	na	100
Yemen	107	274	150	0	10	na

na: data not available to WHO

^a Only one health facility dispensing ART exists in the country.

^b Verbal communication with National AIDS Programme

Sources: Data obtained from national AIDS programmes through 2 surveys: global universal access monitoring 2008 and 2009; UNGASS reports 2010 and a review of implementation of the regional strategy on strengthening health sector response to HIV/AIDS in the Eastern Mediterranean Region (2006–2010), January 2010

2008, of the estimated 18 000 pregnant women with HIV needing antiretroviral medicines for PMTCT, fewer than 500 received them, i.e. 1%. Apart from geographical availability of PMTCT services within country, there are other factors

explaining the low coverage, including stigma, low community awareness, the low priority accorded to it by policy-makers in some countries with low-level HIV epidemics, lack of integration in reproductive health services (e.g. provider-



Table 3. Availability and/or coverage of populations at increased risk with priority interventions in countries of the Eastern Mediterranean Region in 2008/9

Country	Injecting drug users			Sex workers			Men having sex with men		
	Needle syringe programme	Opioid substitution therapy	HIV testing and counselling	Condom	Sexually transmitted infections	HIV testing and counselling	Condom	Sexually transmitted infections	HIV testing and counselling
Afghanistan									
Bahrain									
Djibouti									
Egypt									
Iran, Islamic Republic of									
Iraq									
Jordan									
Kuwait									
Lebanon									
Libyan Arab Jamahiriya									
Morocco									
Oman									
Pakistan									
Palestine									
Qatar									
Saudi Arabia									
Somalia									
Sudan, northern									
Sudan, southern									
Syrian Arab Republic									
Tunisia									
United Arab Emirates									
Yemen									

Legend

Services not available	
Low coverage (pilot projects of limited scale)	
Moderate coverage (1-2 large cities)	
Large scale coverage (≥ 3 cities)	

Source: Universal Access reporting, Global Fund applications and/or performance reports.



initiated HIV testing and counselling in antenatal care services), low antenatal care attendance rates, weak health systems, and lack of sustained financial resources. Comprehensiveness and quality of services, retention of PLHIV on treatment, and linkages between reproductive health and HIV care and treatment services are other major bottlenecks to achievement of lower mother-to-children transmission rates.

Reaching populations at high risk

Reaching those populations that are most at risk of HIV with prevention services continues to be the most urgent and, at the same time, most challenging task for national programmes. Notable progress has been made in some countries with the promotion of harm reduction services for injecting drug users. However, even though evidence shows that injecting drug users, men who have sex with men, sex workers and prisoners are those most at risk of HIV infection, the level of efforts directed towards focused prevention programmes for these groups has remained quite low in most countries (Table 3). Moreover, intensified culture-sensitive and gender-sensitive prevention efforts are needed, in particular for the female partners of men who engage in high-risk behaviour including through individual and couple counselling.

Challenges related to health systems

Countries with the highest burden of HIV in the Region are at the same time those with the greatest challenges in their health systems. The main challenges for increasing coverage with quality HIV and other health services are lack of qualified health workers, weak financial and commodity management systems, lack of quality assurance for the public and private sector, weak laboratory infrastructure and low capacity of existing management information systems.

Political commitment and funding for HIV programmes

The majority of low-income countries have been successful in recent years in mobilizing external

funding for their HIV/AIDS programmes, largely through the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) and/or the World Bank. While availability of substantial external funding brought increased commitment from national leadership to HIV prevention and control, this has not yet translated in all countries into allocation of increased domestic resources. There is concern that the increasing dependence on donor funding is a threat to sustainability of current achievements in many lower income countries. To move towards sustainability of HIV responses, countries need to: 1) gain efficiency by prioritizing interventions where most impact is expected (populations at increased risk); 2) allocate domestic resources; and 3) make use of opportunities for integration into existing systems to deliver HIV prevention, care and treatment.



3. Regional strategy for health sector response to HIV 2011–2015

The regional strategy 2011–2015 aims to provide a framework to guide accelerated efforts for an efficient health sector contribution to national multisectoral HIV strategies and plans. It focuses on strategic priorities in relation to the epidemic context in the Region. It will help countries to develop or update their multisectoral HIV strategies, to integrate HIV in their broader health sector plans and to develop annual operational plans for HIV interventions and service implemented through the health sector. Ultimately it will contribute to achieving universal access to HIV prevention, treatment and care and the Millennium Development Goals, in particular goals 4, 5 and 6. The strategy will focus on the following goal and objectives.

Goal

To reduce the transmission of HIV and to improve the health of people living with HIV.

Objectives

1. Generate relevant and reliable information on the HIV epidemic and response to enable strategic decision-making
2. Increase access to HIV care and treatment services for people living with HIV
3. Increase access to HIV prevention services for people at risk of HIV infection and HIV transmission
4. Contribute to health systems strengthening

Targets

- $\geq 50\%$ of estimated number of adults and children with advanced HIV infection receiving ART in the Region

- $\geq 90\%$ of known PLHIV enrolled in HIV care and treatment in the Region
- $\geq 20\%$ of the estimated number of injecting drug users regularly reached (once per month or more) by the needle syringe programme in the past year
- $\geq 20\%$ coverage of the estimated number of opioid injectors with opioid substitution therapy
- $\geq 20\%$ coverage of the estimated number of men having sex with men and of sex workers with an HIV prevention of sexual transmission service package (information, condoms, testing and counselling, treatment of sexually transmitted infections)

Guiding principles

The strategy is underpinned by internationally agreed frameworks of ethics and human rights, which recognize the right of all persons to the highest attainable standards of health, including sexual and reproductive and mental health and builds on existing protective religious and cultural values and practices. It promotes a public health approach, evidence-based interventions and gender sensitivity, and emphasizes broad engagement of all sectors, including both the public and private sectors and civil society, in order to expand access to effective prevention and care as widely as possible.

Components of the strategy

The strategy comprises the following five principal components, each of which entails several regional strategic priorities:

1. Strengthening health information systems for HIV and operational research;
2. Fostering political will, broad participation and increased financing for a coordinated and sustained national response to HIV;



3. Providing quality HIV prevention, care and treatment services and enhancing their utilization;
4. Strengthening the capacity of health systems for effective integration of HIV services;
5. Promoting a supportive policy and legal environment to facilitate the health sector response.

Countries are urged to adapt the strategy to their specific contexts, i.e. populations affected by HIV, health system characteristics and cultural factors. Countries are encouraged to use the five components and the strategic priorities identified for each component as the basis for planning of national health sector responses to HIV. They will find themselves at different stages of implementation of strategic priorities. Where some of the strategic priorities and interventions have already been firmly established, countries should move without delay towards mobilizing resources and building the technical and managerial capacity to implement other priority interventions.

Component 1: Strengthening health information systems for HIV and operational research

Reliable information on the distribution and trends of HIV infection and risk behaviours in the population and the coverage of prevention, care and treatment interventions is essential for rational decision-making. Epidemic surveillance and programme monitoring data should allow for dis-aggregation by sex and age and by other relevant variables in order to enable programme managers to tailor interventions according to gender and age-specific needs.

Regional strategic priorities

- Establish core elements of an HIV surveillance system: universal and confidential HIV case reporting; size estimations and behavioural and biological

surveys among key populations at increased risk; analysis of information obtained from HIV testing of blood donors, antenatal care attendees and other low risk populations; HIV drug resistance monitoring and surveillance (I I); surveillance among antenatal care attendees (in countries with HIV prevalence levels above 1% in the general population);

- Strengthen monitoring of programme implementation and effectiveness. Basic monitoring and evaluation of the health sector contribution to the multisectoral response should be an integral part of the overall monitoring and evaluation of the national HIV response. Monitoring of programme performance requires clearly defined gender-sensitive indicators for availability and quality of services, coverage of populations in need and impact on risk factors and health outcomes.
- Provide evidence of quality, feasibility and effectiveness of different approaches and interventions through operational research. Operational research is needed to fill the gaps in strategic information that cannot be obtained through routine surveillance and programme monitoring. In particular, information is urgently required on which interventions are most feasible and effective in the Region to overcome stigma and to reach populations at increased risk who are often marginalized, stigmatized and discriminated against.

Component 2: Fostering political will, broad participation and increased financing for a coordinated and sustained national response to HIV

Sustained and demonstrated political commitment, broad engagement of national and international partners and increased financing by national governments as well as commitments by international donors are crucial if universal access to quality HIV services is to be achieved.



Regional strategic priorities

- Build national strategic and operational plans on sound knowledge of the local epidemic situation, analysis of the current response and evidence-based public health interventions.
- Leverage broad participation of stakeholders in strategic planning and promote accountability for results by all partners.
- Use strategic plans as the basis for mobilization of domestic and international resources.
- Contribute to harmonization, alignment and synergism of efforts of national and international partners within the context of a multisectoral response.
- Take a health sector-wide approach to planning, implementation and monitoring and evaluation of the health sector response to HIV.
- Engage and support civil society.

Component 3: Providing quality HIV prevention, care and treatment services and enhancing their utilization

With the aim of achieving universal access to HIV prevention, care, treatment and support for people in need, it is the health sector's responsibility to ensure availability, quality, accessibility, affordability, acceptability and utilization of health services.

Regional strategic priorities

- Ensure blood safety and safety of medical procedures.
- Increase access to and utilization of HIV testing and counselling as an entry point to HIV prevention and care.
- Focus on expanding coverage of known effective HIV prevention interventions for


populations at increased risk of HIV and their sexual partners.

- Integrate information and education on HIV prevention in services for reproductive health services, maternal and child health and sexually transmitted infection services.
- Integrate prevention of mother-to-child transmission services in reproductive and child health services.
- Develop and expand service delivery models for a continuum of care and treatment services.
- Apply standardized treatment regimens and patient monitoring.
- Intensify tuberculosis case finding, prophylaxis and treatment among PLHIV.
- Make standard operating procedures for all prevention, care and treatment interventions available to service providers.

Component 4: Strengthening the capacity of health systems for effective integration of HIV services

The progress of health programmes, including HIV, depends substantially on strengthening of health systems¹. Addressing the weaknesses of current health systems will facilitate integration of HIV interventions with the aim of increasing coverage and sustainability of quality HIV services. National AIDS programmes and their partners should participate actively in country-led and global efforts to improve health systems in all major areas, including policy, human resources, financing, management, service delivery and information systems. Lower income countries should use opportunities to mobilize international resources (e.g. GFATM)

¹ Health systems encompass the people, institutions and resources, arranged together in accordance with established policies, to improve the health of the population they serve, while responding to people's legitimate expectations and protecting them against the cost of ill-health through a variety of activities whose primary intent is to improve health.



for strengthening the health infrastructure and health work force.

Regional strategic priorities

- Strengthen the health work force.
- Strengthen health infrastructure.
- Strengthen commodity procurement and supply management.
- Strengthen quality assurance of services delivered by the public and private sector.
- Develop policies and mechanisms for involvement of non-governmental organizations in HIV service delivery.

Component 5: Promoting a supportive policy and legal environment to facilitate the health sector response

National policies should explicitly define the framework of the response. Leadership in the health sector needs to foster partnerships with non health-sector stakeholders, as well as with civil society and PLHIV to advocate supportive policies. Above all, policies should ensure respect for the human rights of PLHIV and those at increased risk of HIV transmission in general, and for their right to the highest attainable standard of health in particular.

Regional strategic priorities

- Reduce stigma among health workers and develop codes of practice that ensure that PLHIV and people belonging to stigmatized groups are treated with dignity, respect and care.
- Contribute to stigma reduction in communities.
- Ensure protection of those who test positive to HIV from discrimination.
- Make available the necessary health services for all those who need them irrespective of their HIV status, gender, ethnicity, risk behaviour or any other factor.


- Ensure voluntarism and confidentiality of HIV testing.
- Protect PLHIV and key populations at increased risk of HIV from prosecution and/or arrest while seeking health services.
- Ensure affordability of HIV prevention commodities, HIV medicines and diagnostics.

4. Conclusions

HIV continues to be a cause of significant morbidity, mortality and social exclusion. The United Nations has committed to achieving universal access to HIV prevention, care, treatment and support and to halting or reversing the HIV epidemic (MDG 6). This paper advocates for accelerated health sector responses as part of multisectoral national HIV strategies.

The regional strategy is intended as an advocacy tool for re-orientation and prioritization of health sector interventions and services to better reach those at risk of infection or living with HIV and provides guidance for all countries on evidence-based and effective interventions. The most important benefits expected from the regional strategy are: a) improved information on local dynamics of the HIV epidemic to enable strategic decision making; b) increased coverage of people at risk of HIV infection or transmission with HIV prevention services; c) increased coverage of people living with HIV with HIV care and treatment services; and d) strengthened capacity of health systems to enhance quality, coverage and sustainability of HIV and other services.

WHO will advocate for political commitment, support resource mobilization efforts, strengthen collaboration with relevant partners, promote WHO-recommended policies, provide strategic and technical guidance, and support countries upon request, in order to meet their technical and operational needs and to strengthen the



generation and exchange of knowledge and strategic information on HIV.

5. Recommendations to Member States

1. Fill gaps in knowledge of the local epidemic situation using appropriate HIV surveillance methodologies.
2. Review and revise national HIV prevention and control strategies to prioritize interventions according to the local epidemic context.
3. Develop costed operational plans for the health sector response to HIV in line with overall national strategic frameworks and allocate an adequate proportion of expenditure on health to the implementation of these plans.
4. Build capacity of both governments and civil society organizations in order to make optimal use of their potential to contribute to the health sector response in a complementary manner.
5. Promote the conduct of research to provide evidence for development of policies and approaches which enable access to services for key populations at increased risk.

References

1. United Nations Resolution A/55/L.2. *United Nations Millennium Declaration*. New York, United Nations, 2000.
2. *Declaration of Commitment*. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, 2001.
3. 60/262. Political Declaration on HIV/AIDS. Resolution adopted by the General Assembly. United Nations, 2006.
4. *Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector*, Geneva, World Health Organization, 2009.
5. *Joint action for results. UNAIDS outcome framework 2009–2011*. Geneva, UNAIDS, 2009.
6. *Regional strategy for strengthening health sector response to HIV/AIDS 2006–2010*. Cairo, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2006 (WHO-EM/STD/089/E).
7. *Regional strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections 2009–2015*. Cairo, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2008 (WHO-EM/RC55/6).
8. *UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*. Geneva, UNAIDS, 2010
9. Abu-Raddad L et al. *Characterizing the HIV/AIDS epidemic in the Middle East and North Africa: evidence on levels, distribution and trends. Time for strategic action*. Middle East and North Africa HIV/AIDS Epidemiology Synthesis Project. Washington DC, World Bank/UNAIDS/WHO, 2010.
10. Hermez J et al. A review of HIV testing and counseling policies and practices in the Eastern Mediterranean Region. *AIDS* (Accepted for publication in 2010).
11. Bennett D et al. The World Health Organization's global strategy for prevention and assessment of HIV drug resistance. *Antiviral Therapy*, 2008, 13: Supplement 2: 1–13.



Résolution EM/RC57/R.5

Comité régional de la Méditerranée orientale

Octobre 2010

Cinquante-septième session

Point 4 c) de l'ordre du jour

Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au vih 2011-2015

Le Comité régional,

Ayant examiné le document technique sur la stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015¹ ;

Rappelant la résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies A/RES/60/262 intitulée Déclaration politique sur le VIH/sida et l'engagement des gouvernements pour progresser vers un accès universel aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH ;

Reconnaissant que la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé dépend étroitement de celle de l'accès universel aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH ;

Préoccupé par les problèmes persistants pour atteindre l'accès universel aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH dans la Région ;

Reconnaissant par ailleurs que le secteur de la santé contribue grandement à la réalisation des objectifs liés à l'accès universel dans le cadre des stratégies multisectorielles sur le VIH ;

Reconnaissant l'importance pour le secteur de la santé de s'investir et de s'engager politiquement dans une riposte fondée sur les principes des soins de santé primaires et adaptée au contexte épidémiologique, socioculturel et économique propre à chaque pays ;

Notant que la nouvelle stratégie s'appuie sur les progrès réalisés dans le cadre de la stratégie régionale 2006-2010 pour le renforcement de la riposte du secteur de la santé face au VIH/sida, qui a été approuvée dans la résolution EM/RC52/R.9 ;

Soulignant la nécessité de garantir l'accès aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH pour les populations particulièrement vulnérables et pour les populations présentant un risque accru de transmission du VIH, comme les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les professionnels du sexe et les consommateurs de drogues injectables ;

1. APPROUVE la stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015.
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - 2.1 à examiner et réviser les stratégies nationales de lutte contre le VIH afin de classer par ordre de priorité les interventions, conformément à la stratégie régionale et en fonction du contexte épidémique local ;

¹Document n° EM/RC57/5



- 2.2 à faire des interventions utiles en matière de prévention, de traitement et de soins du VIH une partie intégrante des plans globaux du secteur de la santé et des programmes dans les domaines de la santé génésique et sexuelle, la santé de l'enfant et de l'adolescent, la santé mentale et la lutte contre la tuberculose ;
 - 2.3 à identifier les obstacles à l'intégration dans les systèmes de santé nationaux du programme de lutte contre le VIH et de la prestation de service concernant le VIH, et à investir dans le renforcement des systèmes de santé pour surmonter ces obstacles ;
 - 2.4 à veiller à ce que le VIH ne soit pas transmis par le biais des procédures médicales, notamment des transfusions sanguines et des injections, réalisées dans le secteur de la santé public et privé ;
 - 2.5 à mettre l'accent, dans les pays présentant une épidémie faible et concentrée, sur l'accès aux services de dépistage volontaire et de conseil ainsi que de prévention et de soins pour les principales populations à risque accru de VIH, tels que les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, et les professionnels du sexe ;
 - 2.6 à éliminer la stigmatisation relative au VIH chez les agents de santé pour veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH ne se voient pas refuser de soins médicaux ;
 - 2.7 à utiliser les médias de manière plus efficace pour accroître la sensibilisation au VIH dans la société dans son ensemble, et en particulier chez les jeunes ;
 - 2.8 à encourager la collaboration transfrontalière pour s'attaquer au risque posé par le VIH et à la vulnérabilité et garantir la prévention, les soins et le traitement dans le contexte de la mobilité et des migrations de population ;
 - 2.9 à renforcer les capacités des institutions publiques et des organisations de la société civile afin d'utiliser au mieux leur potentiel pour contribuer à la riposte du secteur de la santé de façon complémentaire ;
 - 2.10 à mettre en place des systèmes de surveillance du VIH qui accordent une attention particulière aux adolescents et aux adultes présentant des comportements sexuels à haut risque et consommant des drogues injectables ;
 - 2.11 à investir dans le suivi et l'évaluation des programmes pour permettre une gestion du programme de lutte contre le VIH adaptée à la situation ;
 - 2.12 à élaborer des plans opérationnels chiffrés pour la riposte du secteur de la santé au VIH, et à allouer des ressources suffisantes pour la mise en œuvre de ces plans ;
3. PRIE le Directeur régional :
- 3.1 de surveiller la mise en œuvre de la stratégie régionale et d'en rendre régulièrement compte au Comité régional ;
 - 3.2 de continuer à apporter un soutien technique aux États Membres pour l'adaptation et l'intégration des interventions contre le VIH dans les stratégies et plans nationaux du secteur de la santé en fonction de la stratégie régionale, pour la mise en œuvre et le suivi de ces stratégies et plans, ainsi que pour la mobilisation des ressources.



Préface

Le but de la stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé face au VIH/sida 2011-2015 est d'appeler les États Membres à une action urgente pour renforcer la contribution du secteur de la santé en vue d'atteindre l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien relatifs au VIH, et à terme, la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). La stratégie prend en considération les engagements de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2001 et 2006 et les orientations stratégiques pour la réalisation de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien relatifs au VIH élaborées par l'OMS et l'ONUSIDA. Se situant dans le prolongement de la stratégie régionale du même nom pour la période 2006-2010, elle est également complémentaire de la stratégie régionale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles 2009-2015, qui ne concerne pas le VIH. Elle tient compte de la nécessité d'une réorientation fondée sur une meilleure connaissance de l'épidémiologie du VIH dans la Région, sur les enseignements tirés des succès et échecs passés des programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida, ainsi que de la nécessité de renforcer l'engagement et de lutter plus efficacement contre les problèmes persistants.

L'épidémie n'a cessé de se propager depuis le début des années 1980, période à laquelle les premières infections à VIH ont été dépistées dans la Région. On estime qu'au cours de la dernière décennie, le nombre de nouvelles infections à VIH se situait entre 50 000 et 100 000 chaque année. Si la prévalence du VIH chez les adultes est restée faible (moyenne estimée de 0,2 %), de plus en plus d'éléments indiquent que l'épidémie gagne du terrain dans les sous-groupes de la population présentant un risque accru associé à la consommation de drogues injectables ou à un comportement sexuel à risque. Toutefois, les lacunes restent importantes dans la majorité des pays en matière de connaissances sur la dynamique locale de l'épidémie. Grâce au renforcement des

efforts visant à enrayer la propagation de l'épidémie et à élargir l'accès au traitement antirétroviral vital, le nombre de personnes traitées entre 2007 et 2009 a augmenté de 70 %. Quelques pays, comme la République islamique d'Iran, le Maroc et le Pakistan, ont atteint une couverture appréciable pour les personnes ayant besoin de services de prévention, et une couverture faible, voire inexistante, des programmes pour ceux qui présentent un risque accru, ce qui constitue la principale raison de la transmission continue du VIH.

La stratégie régionale favorise principalement l'extension de la couverture et l'amélioration de la qualité des interventions efficaces du secteur de la santé qui font déjà partie des stratégies régionales existantes. Elle met l'accent sur les points suivants : renforcer les systèmes de santé existants pour répondre aux besoins des programmes de lutte contre le VIH ; cibler les interventions sur les groupes de population où le risque de transmission est le plus élevé ; et améliorer le système d'information en renforçant la surveillance du VIH, en garantissant son exhaustivité et en assurant la qualité des données, et mener des recherches. De plus, ladite stratégie prévoit d'inclure des approches actualisées pour renforcer l'accès à la prévention, aux soins et au traitement, comme l'introduction et l'élargissement systématiques des ensembles de services de prévention et de conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant pour les consommateurs de drogues injectables, les professionnels du sexe et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Les principaux bienfaits escomptés de la stratégie régionale sont les suivants : a) plus d'informations sur la dynamique locale de l'épidémie de VIH pour permettre une prise de décision stratégique ; b) une meilleure couverture des personnes exposées au risque d'infection par le VIH ou de transmission par les services de prévention ; c) une couverture accrue des personnes vivant avec le VIH par les services de traitement et de soins ; et d) un renforcement des capacités des systèmes de santé pour améliorer la qualité, la couverture et la durabilité des services du VIH et autres.



1. Introduction

L'épidémie n'a cessé de se propager depuis le début des années 1980, période à laquelle les premières infections à VIH ont été dépistées dans la Région. On estime qu'au cours de la dernière décennie, le nombre de nouvelles infections à VIH se situait entre 50 000 et 100 000 chaque année. Si la prévalence du VIH chez les adultes est restée faible (moyenne estimée de 0,2 %), de plus en plus d'éléments indiquent que l'épidémie gagne du terrain dans les sous-groupes de population présentant un risque accru associé à la consommation de drogues injectables ou à un comportement sexuel à risque. En 2009, on estime que le VIH a tué 24 000 personnes, parmi lesquelles 4400 enfants de moins de 15 ans. Les efforts pour empêcher la propagation de l'épidémie et élargir l'accès au traitement antirétroviral vital ont nettement augmenté et certains pays ont atteint une couverture considérable pour les personnes ayant besoin de traitement. Toutefois, les lacunes restent importantes dans la majorité des pays en matière de connaissances sur la dynamique locale de l'épidémie de VIH et les programmes pour ceux qui présentent un risque accru. Ces lacunes constituent la principale raison de la transmission continue du VIH. En outre, les programmes de lutte contre le VIH dans les pays à revenus faible et intermédiaire, qui ont bénéficié ces dernières années d'un soutien considérable de la part des donateurs, se heurtent à des difficultés pour obtenir la qualité, la couverture et la durabilité des interventions dans des systèmes de santé souvent médiocres.

Le but de la stratégie régionale sur la riposte du secteur de la santé face au VIH/sida 2011-2015 est d'appeler les États Membres à une action urgente pour renforcer la contribution du secteur de la santé pour atteindre l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien relatifs au VIH. Finalement, les interventions encouragées par la stratégie permettront d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (1), en particulier : l'objectif 4, qui

est de réduire la mortalité infantile d'ici 2015, par la prévention de la transmission mère-enfant ; l'objectif 5, qui est de réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle d'ici 2015, en intensifiant les efforts pour détecter les femmes enceintes nécessitant des soins contre le VIH et en fournissant le traitement antirétroviral ; et l'objectif 6, qui appelle les nations à enrayer la propagation des maladies, en particulier le VIH/sida, dans les populations marginalisées qui souvent ont un accès très limité aux services.

La stratégie prend en considération les engagements de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2001 (2) et 2006 (3) et les orientations stratégiques pour la réalisation de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien relatifs au VIH élaborées par l'OMS (4) et l'ONUSIDA (5). Se situant dans le prolongement de la stratégie régionale du même nom pour la période 2006-2010 (6), elle est également complémentaire de la stratégie régionale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles 2009-2015 (7), qui ne concerne pas le VIH. Elle tient compte de la nécessité d'une réorientation fondée sur une meilleure connaissance de l'épidémiologie du VIH dans la Région, sur les enseignements tirés des succès et échecs passés des programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida, ainsi que de la nécessité de renforcer l'engagement et de lutter plus efficacement contre les problèmes persistants.

2. Analyse de la situation

2.1 Contexte mondial

Dans le monde, en 2009, on estime que 33,3 millions d'adultes et d'enfants vivaient avec le VIH et que 2,6 millions de personnes ont été infectées, tandis que 2 millions de personnes en sont décédées. Cette même année, le nombre estimé d'infections à VIH était inférieur d'environ 20 % au pic d'épidémie 12 ans auparavant. La riposte au VIH a connu de nombreux succès ces



derniers temps, notamment une augmentation de la couverture du traitement du VIH qui est passée de 7 % en 2003 à 52 % en 2008 et une indication relative à une baisse de l'incidence du VIH dans certaines régions (8). Toutefois, actuellement, pour cinq personnes infectées par le VIH dans le monde, deux ont accès au traitement.

2.2 Situation régionale

Selon les estimations de 2009, l'épidémie de VIH dans la Région de la Méditerranée orientale continue à s'étendre. En 2009, on estime que 75 000 personnes dans la Région ont été infectées par le VIH, et 24 000 en sont mortes. Le nombre total de personnes vivant avec le VIH dans la Région à la fin de 2009 a été estimé à 460 000 (Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010. ONUSIDA/10.11F/JC1958F). La prévalence du VIH dans la population générale est restée faible avec une moyenne régionale de 0,2 %, qui est la deuxième plus faible au monde après l'Amérique du Nord et l'Europe occidentale et centrale, avec 0,1 % chacune. Toutefois, la variation régionale est considérable et Djibouti, certaines parties de la Somalie et le Soudan méridional ont confirmé une prévalence du VIH dans la population générale supérieure à 1 %, comme le reflète celle des femmes enceintes fréquentant les services de soins prénatals (Tableau 1). Les estimations relatives aux personnes vivant avec le VIH et aux nouvelles infections annuelles des cinq dernières années montrent d'importantes fluctuations dues a) à une amélioration de la méthodologie d'estimation recommandée par le groupe de référence de l'ONUSIDA pour le suivi et l'évaluation et b) à une amélioration des données épidémiologiques de plusieurs pays, y compris le Pakistan et le Soudan. Par conséquent, il est impossible de tirer des conclusions solides sur les tendances de l'épidémie à partir de ces données. Plusieurs pays ont récemment recueilli des informations sur la prévalence du VIH et les comportements à risque parmi les principales populations présentant un risque accru, à savoir

les consommateurs de drogues injectables, les détenus, les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, en utilisant des méthodologies d'échantillonnage probabilistes à base institutionnelle et communautaire (Tableau 1).

Selon un examen régional des données disponibles sur l'épidémie effectué par la Banque mondiale, l'ONUSIDA et le Bureau régional, plusieurs aspects épidémiologiques contribuent à la propagation du VIH dans la Région (9). Premièrement, dans les pays, l'épidémie se propage principalement par une consommation de drogues injectables dans de mauvaises conditions d'hygiène, un comportement à haut risque chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, et un recours au commerce du sexe par des femmes et des hommes suivi par une transmission aux partenaires sexuels réguliers. L'épidémie chez les consommateurs de drogues injectables a été confirmée en Afghanistan, à Bahreïn, en République islamique d'Iran, en Jamahiriya arabe libyenne et au Pakistan. Les données de l'Égypte, du Liban, du Soudan et de la Tunisie indiquent une épidémie émergente parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Djibouti et la Somalie ont, à ce jour, signalé une forte prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe.

Un second aspect, qui existe à différents niveaux dans les pays de la Région, est celui des ressortissants d'un pays qui contractent le VIH lors d'un voyage à l'étranger puis le transmettent à leurs partenaires sexuels à leur retour. La majorité de ces infections est liée à des relations sexuelles ou des injections à l'étranger. Ce mode de transmission génère une répartition aléatoire des infections dans la population mais n'entraîne généralement pas de transmission importante au-delà du ou des partenaire(s) sexuel(s) direct(s).

Finalement, trois pays dans la partie africaine de la Région sont confrontés à une épidémie généralisée du VIH ; il s'agit de Djibouti, du

Tableau I: Prévalence dans les populations à risque faible et élevé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale entre 2005 et 2010

Pays	Personnes fréquentant les services de soins prénatals	Donneurs de sang	Patients tuberculeux	Patients atteints d'infections sexuellement transmissibles	Consommateurs de drogues injectables	Professionnelles du sexe	Hommes ayant des relations avec des hommes (HSH)	Détenus
	VIH+ (%)	VIH+ (%)	VIH+ (%)	VIH+ (%)	VIH+ (%)	VIH+ (%)	VIH+ (%)	VIH+ (%)
Afghanistan	–	<0,1 ^b	0,2 ^b	–	1–18,2 (2009) ^b	0 (2009) ^b	nd	0,57–1,57 (2009) ^b
Arabie saoudite	0,0 (2008) ^a	0,05 (2009) ^a	0,03 (2008) ^a	0,3 (2010) ^a	0,006 (2010) ^a	–	–	0,016 (2010) ^a
Bahreïn	–	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	1,7 (2008) ^a	0,6 (2008) ^a	11,8 (2008) ^a	–	–	20,3 (2008) ^a	–	–
Égypte	–	0,0 (2008) ^a	0,2 (2008) ^a – <0,001 (2009) ^a	0,0 (2008) ^a	0,6 (2006) (Le Caire) ^a 7,7 (2010) (Cairo) ^d 6,7 (2010) (Alexandrie) ^d	0,8 (2006) (Le Caire) ^a 0,0 (2010) ^d	6,2 (2006) (Alexandrie) ^a 5,4 (2010) (Le Caire) ^d 6,9 (2010) (Alexandrie) ^d	0,22 (2008) ^a <0,001 (2009) ^a
Émirats arabes unis	0,005 (2009) ^a	0,005 (2009) ^a	0,9 (2009) ^a	–	–	–	–	0,0 (2008) ^a
Iran, République islamique d'	0,0 (2010) ^a	0,004 (2010) ^a	3,8 (2010) ^a	0 (2010) ^a	13,4 (2010) ^a	3,4 (2010) ^a	–	1,4 (2010) ^a
Iraq	0,0 (2009) ^a	0,001 (2009) ^a	0,02 (2009) ^a	0,0 (2009) ^a	–	–	–	0,0 (2009) ^a
Jordan	–	0,0 (2008) ^a	0,0 (2009) ^a	0,0 (2009) ^a	–	–	–	0,0 (2009) ^a
Koweït	–	–	–	–	–	–	–	–
Liban	–	0 (2009) ^a	0,003 (2009) ^a	–	0,0 (2007) (Beyrouth) ^a	0,0 (2007) (Beyrouth) ^a	3,6 (2007) (Beyrouth) ^a	0,16 (2007) ^a
Jamahiriya arabe libyenne	0,07–0,3 (2004) ^d	–	–	–	54,0 (2003) (centre de Tagura) ^d	–	–	18 (2004) (enquête nationale) ^d
Maroc	0,1–2,7 (2010) ^{a,e}	0,02 (2009) ^a	0,83 (2010) ^a	0,3 (2010) ^a	–	2,7 (2010) ^a	–	0,5 (2010) ^a
Oman	0,03 (2009) ^a	0,02 (2009) ^a	1,3 (2009) ^c	2,3 (2009) ^a	0,43 (2007) ^c	–	–	0,8 (2009) ^a
Pakistan	–	–	3,6 (2008) ^a	–	12–30 (2008) ^a	0–0,25 (2007–8) ^a	1,8 ^a (HSH) (2008) ^a 0–27 (PS <i>hijra</i>) (2008) ^a	–
Palestine	0,0 (2010) ^a	0,0 (2009) ^a	0,0 (2010) ^a	0 (2010)	0 (2010) ^a	–	–	0 (2010) ^a
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	1,7 (2007) (Somaliland) ^d 0,9 (2007) (Puntland) ^d	–	4,5 (2004) (3 zones) ^d	6,3 (2007) (Hargeisa) ^d 2,2 (2007) (Puntland) ^d	–	5,3 (2007) ^a	–	–



Tableau I : Prévalence dans les populations à risque faible et élevé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale entre 2005 et 2010 (suite et fin)

Pays	Personnes fréquentant les services de soins prénatals VIH+ (%)	Donneurs de sang VIH+ (%)	Patients tuberculeux VIH+ (%)	Patients atteints d'infections sexuellement transmissibles VIH+ (%)	Consommateurs de drogues injectables VIH+ (%)	Professionnelles du sexe VIH+ (%)	Hommes ayant des relations avec des hommes (HSH) VIH+ (%)	Détenus VIH+ (%)
Soudan, (nord)	0,16 (2009) ^a	0,46 (2009) ^a	1,66 (2005) ^d	1,47 (2005) ^d	nd	0,1–0,9 (2008) ^a	2,3 (2008) ^a	8,6 (2006) ^d
Soudan, (sud)	3,4 (2007) ^a	–	13,4 (2008) ^a	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	nd ^b	0 (2009) ^a	0,02 ^b	0 (2009) ^a	0,30 ^b	0,10 ^b	0,5–10 ^b	0,010 ^b
Tunisie	nd	0,004 (2009) ^a	0,08 (2008) ^a	0,0 (2010) ^a	3,1 (2009) ^a	0,4 (2009) ^a	4,9 (2009) ^a	nd
Yémen	0,1 (2010) ^a	0,03 (2009) ^a	1,6 (2009) ^a	3,7 (2008) ^c	–	1,3 (2008) (Aden) ^a	–	2,1 (2008) ^c

Source : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, base de données régionale sur le VIH

PS : Professionnels du sexe

^a Données obtenues des examens régionaux des systèmes de surveillance nationaux du VIH et des infections sexuellement transmissibles. Bozicevic I. 2009 et 2010

^b Données transmises par les administrateurs des programmes nationaux de lutte contre le sida, 19^e réunion des administrateurs nationaux de programmes de lutte contre le sida, Beyrouth, du 13 au 15 mars 2010.

^c Notifications trimestrielles des cas de VIH/sida par les pays au Bureau régional de la Méditerranée orientale

^d Données tirées des rapports/présentations sur les activités de surveillance fournis par les pays à l'OMS

^e Mesuré sur les 6 sites de soins prénatals ayant la plus forte prévalence

^f Hijra : un groupe spécial de transgenres qui existent dans la culture d'Asie du Sud

nd : Indiqué comme non disponible


– Aucune donnée fournie à l'OMS

Soudan méridional et de la Somalie (certaines zones). Les données des enquêtes sérologiques sentinelles chez les femmes enceintes au Soudan méridional indiquent une transmission du VIH importante au sein de la population générale dans certaines zones. Toutefois, dans ces trois pays également, la transmission du VIH liée aux principales populations présentant un risque accru, notamment dans le commerce du sexe et éventuellement les relations sexuelles entre hommes, risque d'entraîner de façon disproportionnée de nouvelles infections à VIH.

En conclusion, de plus en plus de données indiquent que le VIH pénètre dans les réseaux de consommateurs de drogues injectables et de personnes ayant des comportements sexuels à haut risque, toutefois nombre de ces données

doivent être confirmées par de nouvelles études ou des améliorations de la qualité des études. Cependant, les données sont suffisantes pour éveiller l'attention de tous les pays de la Région sur le besoin de renforcer leur vigilance concernant la dynamique de l'épidémie en se concentrant sur les populations à haut risque, leur interaction avec ce que l'on appelle les populations relais (les partenaires sexuels des populations à haut risque) et les liens potentiels avec la population générale.

En ce qui concerne la réalisation de la cible I de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement, à savoir interrompre la propagation du VIH ou inverser la tendance, les données épidémiologiques les plus récentes montrent que la propagation n'a pas encore été endiguée dans



la Région et que, en l'absence de programmes de prévention efficaces, on peut s'attendre à ce que l'épidémie prenne de l'ampleur parmi les populations à haut risque et leurs réseaux sexuels.

2.3 Réponse et difficultés actuelles

La stratégie régionale pour renforcer la riposte du secteur public au VIH/sida et aux infections sexuellement transmissibles pour la période 2006-2010 a identifié trois composantes principales : 1) renforcer l'engagement politique et mobiliser des ressources supplémentaires pour la riposte au VIH ; 2) obtenir des données sur le statut et les tendances de l'épidémie de VIH ; et 3) étendre l'accès à un ensemble essentiel de services de prévention, de soins et de traitement du VIH. Les programmes nationaux de lutte contre le sida ont mis en pratique les stratégies recommandées à différents degrés, en fonction de nombreux facteurs, notamment l'engagement politique au plus haut niveau, la volonté et la capacité de régler des questions culturellement et politiquement sensibles de façon pragmatique, d'autres priorités nationales (par exemple les situations d'urgence et de conflit) et la disponibilité des ressources.

Surveillance de l'épidémie

Plusieurs pays ont effectué d'importants progrès concernant la compréhension de la situation locale de l'épidémie, notamment en ce qui concerne les populations susceptibles d'être les plus exposées au risque d'infection à VIH. Le nombre de pays ayant réalisé des enquêtes sur la prévalence du VIH et les comportements à risque chez les détenus, les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des relations avec des hommes et les professionnel(le)s du sexe a augmenté. De même, les pays ont amélioré la qualité des enquêtes en utilisant, pour la plupart, des méthodologies d'échantillonnage probabiliste. Ces réalisations montrent que même dans un contexte culturel difficile, où

ces populations souffrent de stigmatisation et discrimination importantes, il est possible de mener des enquêtes communautaires, si la confidentialité, le respect des droits de l'homme et l'accès aux services pour ceux qui en ont besoin sont garantis. Toutefois, la majorité des pays n'a pas encore pris les mesures nécessaires pour estimer la taille de ces populations et sont donc incapables de prévoir la charge des nouvelles infections et de planifier une couverture efficace par des programmes de prévention. De nombreux pays comptent encore sur la notification passive et sur les tests VIH des grands groupes de populations à faible risque, ce qui ne permet ni de déterminer où, dans quelle population et comment la transmission s'effectue principalement, ni de contribuer efficacement au dépistage du VIH.

Soins et traitement du VIH

Tous les pays ont fait des efforts pour renforcer l'accès au traitement antirétroviral vital. En 2008 et 2009, le nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral a augmenté de 70 % ; il est passé d'environ 7 867 à environ 15 511 entre fin 2007 et fin 2009. Il a d'ailleurs doublé dans plusieurs pays (Tableau 2). Le nombre de femmes enceintes infectées par le VIH et recevant le traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission mère-enfant signalé au Bureau régional a été multiplié par trois pendant cette période. Tous les pays fournissent gratuitement des antirétroviraux aux personnes vivant avec le VIH qui en ont besoin et se font connaître du système de santé. Toutefois, malgré tous les efforts, l'écart entre le besoin estimé et la couverture régionale réelle du traitement antirétroviral reste d'environ 90 %, le plus important au monde. Le principal obstacle à une couverture plus importante est l'identification des personnes vivant avec le VIH pour leur prise en charge par les services de soins, de traitement et de prévention. Le fait de dépendre du financement des donateurs pour le traitement antirétroviral est une menace à



Tableau 2. Disponibilité et/ou couverture de certaines interventions prioritaires dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale en 2008/9


Pays	Nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral en 2007	Nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral en 2009	Augmentation en pourcentage du nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral entre 2007 et 2009	Pourcentage d'établissements de santé en rupture de stock de traitement antirétroviral	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH bénéficiant du traitement antirétroviral pour la PTME	Pourcentage de sang pour transfusion soumis à un test de dépistage du VIH
Afghanistan	0	12	nd	nd	0	39
Arabie saoudite	662	1 125	31	0	44	100
Bahreïn	nd	40	nd	nd	nd	100
Djibouti	705	913	27	92	63	nd
Égypte	209	359	72	0	11	100
Émirats arabes unis	nd	121	nd	0	nd	100
Iran, République islamique d'	825	1486	43	20	52	100
Iraq	0	6	nd	0	nd	100
Jamahiriya arabe libyenne	1000	1200 ^b	20	nd	nd	100
Jordanie	53	63	45	0	0	100
Koweït	107	131	23	nd	4	100
Liban	246	354	47	100 ^a	nd	nd
Maroc	1648	2647	59	0	90	nd
Oman	260	486	58	0	9	100
Pakistan	550	1320	137	0	25	87
Palestine	11	8		nd	nd	nd
Qatar	nd	70	nd	nd	1	nd
République arabe syrienne	75	99	33	nd	2	100
Somalie	211	578	230	12	6	100
Soudan-Nord	895	1996	123	6	90	100
Soudan-Sud	303	1829	nd	33	155	nd
Tunisie	nd	412	nd	0	3	100
Yémen	107	274	150	0	10	nd

nd : Données non disponibles à l'OMS

^a Seul un établissement de santé dispensant le traitement antirétroviral existe dans le pays

^b Communication verbale avec le Programme national de lutte contre le sida

Source : Données obtenues auprès des programmes nationaux de lutte contre le sida par deux enquêtes : Global Universal Access Monitoring 2008; et Review of implementation of the regional strategy on strengthening health sector response to HIV/AIDS in the Eastern Mediterranean Region (2006–2010), janvier 2010.



la durabilité des réalisations actuelles dans de nombreux pays à revenu faible.

Conseil et dépistage du VIH

Connaître son statut VIH par un test n'est toujours pas un choix à la portée de la plupart des personnes exposées au risque d'infection dans la Région. Les facteurs contribuant à cette situation sont les suivants : un accès limité aux services de dépistage du VIH confidentiel, l'absence de prise de conscience des risques ainsi que la peur de la stigmatisation et de la discrimination dans les familles, les communautés, les écoles et les lieux de travail, y compris la violation des droits de l'homme. En outre, la politique commune de tests obligatoires exige des investissements considérables pour tester les populations à faible risque tout en n'atteignant pas les populations à haut risque sauf si elles sont accessibles dans les établissements, c'est-à-dire lors d'une arrestation ou d'une admission en soins de santé. Les données régionales relatives au dépistage du VIH montrent l'échec de ces politiques en termes d'identification d'un grand nombre de personnes infectées par le VIH (10). Un changement de politique visant à attirer les personnes à haut risque vers un service de conseil et le dépistage volontaire et confidentiel, avec des liens vers la prévention, les soins et le soutien relatifs au VIH, tel que recommandé par l'OMS et l'ONUSIDA, a des chances d'élargir la couverture des personnes vivant avec le VIH par les services de dépistage, conseil, prévention et soin. Le secteur de la santé a le devoir de réduire les préjugés liés au VIH chez les agents de santé, en faisant en sorte que ces derniers connaissent les signes cliniques et symptômes associés à ce virus afin de lancer un diagnostic à un stade précoce, et de promouvoir les services de conseil et le dépistage volontaire et confidentiel à l'initiative du patient et du soignant.

Prévention de la transmission mère-enfant

Si tous les pays de la Région offrent des services pour la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), ceux-ci restent fragmentés et limités dans de nombreux environnements. En conséquence, le nombre et le pourcentage estimés de femmes enceintes ayant besoin de médicaments antirétroviraux pour la PTME dans la Région est, comme pour le traitement antirétroviral, le plus bas au monde. En 2008, sur les 18 000 femmes enceintes estimées porteuses du VIH ayant besoin de médicaments antirétroviraux pour la PTME, moins de 500 en ont bénéficié, c'est-à-dire 1 %. Mis à part la disponibilité géographique des services de PTME dans le pays, d'autres facteurs expliquent le faible taux de couverture, notamment la stigmatisation, une faible sensibilisation communautaire, le peu de priorité accordée par les responsables politiques dans certains pays ayant une faible épidémie de VIH, l'absence d'intégration dans des services de santé génésique (par exemple des services de conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les services des soins prénatals), de faibles taux de fréquentation des soins prénatals, des systèmes de santé médiocres, et l'absence de ressources financières durables. L'exhaustivité et la qualité des services, le maintien en traitement des personnes vivant avec le VIH ainsi que les liens entre les services de santé génésique et ceux de traitement et de soins du VIH constituent d'autres obstacles majeurs à la baisse des taux de transmission mère-enfant.

Atteindre les populations à haut risque

Atteindre les populations les plus exposées au risque de VIH par des services de prévention reste la tâche la plus urgente, et en même temps la plus difficile pour les programmes nationaux. Certains pays ont réalisé des progrès notables avec la promotion des services d'atténuation des dommages pour les consommateurs de drogues injectables. Toutefois, même si les données montrent que les consommateurs de drogues



Tableau 3. Disponibilité et/ou couverture des populations présentant un risque accru par des interventions prioritaires dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale en 2008/9

Pays	Consommateurs de drogues injectables			Professionnel(le)s du sexe			Hommes ayant des relations avec des hommes		
	Programme d'échange d'aiguilles et de seringues	Traitement de substitution aux opiacés	Conseil et dépistage du VIH	Préservatif	IST ¹	Conseil et dépistage du VIH	Préservatif	IST ¹	Conseil et dépistage du VIH
Afghanistan									
Arabie saoudite									
Bahreïn									
Djibouti									
Égypte									
Émirats arabes unis									
Iran (République islamique d')									
Iraq									
Jamahiriya arabe libyenne									
Jordanie									
Koweït									
Liban									
Maroc									
Oman									
Pakistan									
Palestine									
Qatar									
République arabe syrienne									
Somalie									
Soudan (nord)									
Soudan (sud)									
Tunisie									
Yémen									

¹ IST : Infections sexuellement transmissibles

Légende


Services non disponibles

Faible couverture (projets pilotes à échelle limitée)

Couverture modérée (1-2 grandes villes)

Couverture à grande échelle (≥ 3 villes)

Source : Rapports sur l'accès universel, demandes au Fonds mondial et/ou rapports sur les performances.



injectables, les hommes ayant des relations avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et les détenus sont les plus exposés au risque d'infection au VIH, le niveau d'efforts pour les programmes de prévention ciblés sur ces groupes reste assez bas dans la plupart des pays (Tableau 3). En outre, il est nécessaire d'intensifier les efforts tenant compte des besoins des deux sexes et des différences culturelles, en particulier pour les femmes partenaires d'hommes adoptant un comportement à haut risque, notamment par des conseils individuels et de couple.

Problèmes liés aux systèmes de santé

Les pays les plus touchés par le VIH dans la Région sont également ceux dont le système de santé présente le plus de défaillances. Les principaux problèmes pour augmenter la couverture des services de soins du VIH et autres soins de qualité sont l'absence d'agents de santé qualifiés, la médiocrité des systèmes de gestion des finances et produits, l'absence d'assurance qualité pour le secteur privé et public, une mauvaise infrastructure de laboratoires et une faible capacité des systèmes d'information pour la gestion.

Engagement politique et financement pour les programmes relatifs au VIH

Ces dernières années, la majorité des pays à revenu faible sont parvenus à mobiliser un financement externe pour les programmes de lutte contre le VIH/sida, principalement par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et/ou la Banque mondiale. Si l'existence d'un financement externe important a permis de renforcer l'engagement des autorités nationales pour la lutte contre le VIH, elle ne s'est pas encore traduite par une allocation de ressources nationales supplémentaires. Il est à craindre que la dépendance croissante au financement des donateurs soit une menace pour la pérennité des réalisations actuelles dans de nombreux pays à revenu faible. Afin de progresser vers la

durabilité des ripostes au VIH, les pays doivent :

- 1) gagner en efficacité en classant par ordre de priorité les interventions où le plus fort impact est escompté (populations présentant un risque accru) ;
- 2) allouer des ressources nationales ;
- et 3) exploiter les possibilités d'intégration dans les systèmes existants pour fournir des services de prévention, soins et traitement du VIH.

3. Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015

La stratégie régionale 2011-2015 vise à fournir un cadre aux efforts accélérés pour une contribution efficace du secteur de la santé aux stratégies et plan multisectoriels nationaux de lutte contre le VIH. Elle est axée sur les priorités stratégiques relatives au contexte épidémique dans la Région. Elle aidera les pays à élaborer ou actualiser leurs stratégies multisectorielles contre le VIH, à intégrer le VIH dans leurs plans plus vastes du secteur de la santé et à élaborer des plans opérationnels annuels pour les interventions et services concernant le VIH mis en place dans le secteur de la santé. Finalement, elle permettra d'atteindre l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH ainsi qu'à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier les objectifs 4, 5 et 6. La stratégie se concentrera sur les buts et objectifs suivants :

But

Réduire la transmission du VIH et améliorer la santé des personnes vivant avec le virus.

Objectifs

1. Recueillir des informations utiles et fiables sur l'épidémie de VIH et la riposte



pour permettre une prise de décision stratégique.

2. Élargir l'accès aux services de soins et de traitement du VIH pour les personnes vivant avec le virus.
3. Élargir l'accès aux services de prévention du VIH pour les personnes exposées au risque d'infection et de transmission.
4. Contribuer au renforcement des systèmes de santé.

Cibles

- ≥ 50 % du nombre estimé d'adultes et d'enfants au stade avancé de l'infection par le VIH bénéficiant du traitement antirétroviral dans la Région.
- ≥ 90 % des personnes vivant avec le VIH connues bénéficiant de soins et traitement du VIH dans la Région.
- ≥ 20 % du nombre estimé de consommateurs de drogues injectables contactés régulièrement (au moins une fois par mois) par le programme d'échange d'aiguilles et de seringues dans l'année passée.
- ≥ 20 % de couverture du nombre estimé de personnes qui s'injectent des opioïdes bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés.
- ≥ 20 % de couverture du nombre estimé d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et de professionnel(le)s du sexe par un ensemble de services de prévention de la transmission sexuelle du VIH (informations, préservatifs, dépistage et conseil, traitement des infections sexuellement transmises).

Principes directeurs

La stratégie repose sur des cadres d'éthique et de droits de l'homme adoptés au niveau international, qui reconnaissent à tout être


humain le droit de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, y compris la santé sexuelle et génésique et la santé mentale, ainsi que sur les valeurs et principes culturels et religieux de protection existants. Elle prône une approche de santé publique, des interventions fondées sur des données factuelles et la prise en considération des besoins des deux sexes, et privilégie un solide engagement de tous les secteurs, y compris les secteurs privé et public et la société civile, afin d'étendre autant que possible l'accès à une prévention et à des soins efficaces.

Composantes de la stratégie

La stratégie comprend les cinq composantes principales suivantes, chacun d'entre elles incluant plusieurs priorités stratégiques régionales :

1. Renforcer les systèmes d'information sanitaire pour le VIH et la recherche opérationnelle.
2. Encourager la volonté politique, la participation et le financement accru pour une riposte au VIH nationale coordonnée et durable.
3. Fournir des services de prévention, de soins et de traitement du VIH et renforcer leur utilisation.
4. Renforcer la capacité des systèmes de santé pour l'intégration efficace des services pour le VIH.
5. Promouvoir un environnement politique et juridique favorable afin de faciliter la riposte du secteur de la santé.

Les pays sont priés d'adapter la stratégie à leurs contextes spécifiques, c'est-à-dire les populations touchées par le VIH, les caractéristiques du système de santé et les facteurs culturels. Ils sont encouragés à utiliser les cinq composantes et les priorités stratégiques identifiées pour chacune d'entre elles afin de planifier les ripostes nationales au VIH du secteur de la



santé. Ils se trouveront à des stades différents de mise en œuvre des priorités stratégiques. Lorsque certaines des priorités et interventions stratégiques sont déjà bien en place, les pays doivent passer sans tarder à la mobilisation des ressources et au renforcement des capacités techniques et gestionnaires pour mettre en œuvre d'autres interventions prioritaires.

Composante 1 : Renforcer les systèmes d'information sanitaire pour le VIH et la recherche opérationnelle

Il est essentiel de disposer d'informations fiables sur la répartition et les tendances de l'infection au VIH et des comportements à risque dans la population et sur la couverture des interventions de prévention, de soins et de traitement pour une prise de décision rationnelle. Les données de surveillance épidémiologique et de suivi des programmes doivent permettre la ventilation par sexe et par âge ainsi que par d'autres variables utiles pour que les administrateurs de programmes puissent adapter les interventions en fonction des besoins spécifiques au sexe et à l'âge.

Priorités stratégiques régionales

- Mettre en place les principaux éléments d'un système de surveillance du VIH : notification universelle et confidentielle des cas de VIH ; estimation de la taille de la population et enquêtes de surveillance biologiques et comportementales auprès des principales populations présentant un risque accru ; analyse des informations obtenues par les tests VIH des donneurs de sang, des personnes fréquentant les soins prénatals et autres populations à faible risque ; suivi et surveillance de la résistance du VIH aux médicaments (11) ; surveillance des personnes fréquentant les soins prénatals (dans les pays ayant des taux de prévalence du VIH supérieurs à 1 % dans la population générale).
- Renforcer la surveillance de la mise en place des programmes et de leur efficacité ;

le suivi et l'évaluation de base de la contribution du secteur de la santé à la riposte multisectorielle doit faire partie intégrante du suivi et de l'évaluation globale de la riposte nationale au VIH ; le suivi de la performance des programmes nécessite des indicateurs clairement définis tenant compte des besoins des deux sexes pour la disponibilité et la qualité des services, la couverture des populations en ayant besoin et l'impact sur les facteurs de risques et les résultats sanitaires.


- Fournir des éléments sur la qualité, la faisabilité et l'efficacité des différentes approches et interventions par une recherche opérationnelle. La recherche opérationnelle est nécessaire pour remédier au manque d'informations stratégiques qui ne peuvent être obtenues par la surveillance systématique et le suivi des programmes. En particulier, il est urgent d'obtenir des informations sur les interventions les plus faisables et les plus efficaces dans la Région pour mettre un terme à la stigmatisation et atteindre les populations à risque accru qui sont souvent marginalisées et victimes de stigmatisation et de discrimination.

Composante 2 : Encourager la volonté politique, la participation et le financement accru pour une riposte au VIH nationale coordonnée et durable

Un engagement politique manifeste et durable, un solide engagement de la part des partenaires nationaux et internationaux et un financement accru des gouvernements nationaux ainsi que des engagements des donateurs internationaux sont indispensables pour parvenir à l'accès universel à des services pour le VIH de qualité.

Priorités stratégiques régionales

- Élaborer des plans stratégiques et opérationnels nationaux sur la base d'une solide connaissance de la situation



épidémique locale, de l'analyse de la riposte actuelle et des interventions de santé publique fondées sur des données factuelles.

- Inciter les parties prenantes à participer à la planification stratégique et promouvoir l'obligation pour tous les partenaires de justifier les résultats.
- Utiliser des plans stratégiques comme fondement de la mobilisation des ressources nationales et internationales.
- Contribuer à l'harmonisation et à la synergie des efforts des partenaires nationaux et internationaux dans le contexte d'une réponse multisectorielle.
- Adopter une approche du secteur de la santé pour la planification, la mise en œuvre ainsi que le suivi et l'évaluation de la riposte du secteur de la santé au VIH.
- Mobiliser et soutenir la société civile.

Composante 3 : Fournir des services de prévention, de soins et de traitement du VIH de qualité et renforcer leur utilisation

Afin d'obtenir l'accès universel à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien relatifs au VIH, il est de la responsabilité du secteur de la santé de garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'accessibilité économique, l'acceptabilité et l'utilisation des services de santé.

Priorités stratégiques régionales

- Garantir la sécurité transfusionnelle et la sécurité des interventions médicales.
- Renforcer l'accès aux services de dépistage et conseil pour le VIH et leur utilisation en tant que point d'entrée à la prévention et aux soins.
- Privilégier l'extension de la couverture des interventions de prévention du VIH efficaces connues pour les populations

présentant un risque accru de VIH et leurs partenaires sexuels.

- Intégrer l'information et l'éducation sur la prévention du VIH dans les services de santé génésique, de santé maternelle et infantile et d'infections sexuellement transmissibles.
- Intégrer la prévention de la transmission mère-enfant dans les services de santé génésique et infantile.
- Élaborer et étendre les modèles de prestation de services pour une continuité des soins et traitements.
- Normaliser les schémas thérapeutiques et le suivi des patients.
- Intensifier le dépistage, la prophylaxie et le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.
- Établir des procédures normalisées pour toutes les interventions de prévention, de soins et de traitement à disposition des prestataires de services.

Composante 4 : Renforcer la capacité des systèmes de santé pour l'intégration efficace des services de VIH

L'évolution des programmes de santé, y compris ceux contre le VIH, dépend en grande partie du renforcement des systèmes de santé¹. Remédier à la médiocrité des systèmes de santé actuels facilitera l'intégration des interventions contre le VIH dans le but de renforcer la couverture et la durabilité des services pour le VIH de qualité. Les programmes nationaux de lutte contre le sida et leurs partenaires doivent participer activement aux efforts nationaux et internationaux pour améliorer les systèmes

¹ Les systèmes de santé englobent les personnes, les établissements et les ressources, regroupés selon des politiques établies, pour améliorer la santé de la population qu'ils desservent, tout en répondant aux attentes légitimes des individus et en les protégeant contre le coût des problèmes de santé par diverses activités dont l'intention première est d'améliorer la santé.



de santé dans les principaux domaines, y compris la politique, les ressources humaines, le financement, la gestion, la prestation de services et les systèmes d'information. Les pays à revenu faible doivent utiliser les possibilités de mobiliser les ressources internationales (par ex. le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme) pour renforcer l'infrastructure sanitaire et les personnels de santé.

Priorités stratégiques régionales

- Renforcer les personnels de santé.
- Renforcer l'infrastructure sanitaire.
- Renforcer l'achat de produits et la gestion des approvisionnements.
- Renforcer l'assurance qualité des services fournis par les secteurs public et privé.
- Élaborer des politiques et mécanismes pour l'implication des organisations non gouvernementales dans la prestation de services de VIH.

Composante 5 : Promouvoir un environnement politique et juridique favorable pour faciliter la riposte du secteur de la santé

Les politiques nationales doivent définir précisément le cadre de la riposte. Les autorités du secteur de la santé doivent encourager les partenariats avec les parties prenantes hors du secteur de la santé, ainsi qu'avec la société civile et les personnes vivant avec le VIH pour préconiser les politiques de soutien. Mais surtout, toutes les politiques doivent garantir le respect des droits de l'homme pour les personnes vivant avec le VIH et celles qui présentent un risque accru de transmission du VIH en général, ainsi que de leur droit au plus haut niveau de santé possible.

Priorités stratégiques régionales

- Réduire les préjugés chez les agents de santé et élaborer des codes de pratique garantissant que les personnes vivant avec

le VIH et celles faisant partie des groupes stigmatisés soient traitées avec dignité, respect et égards.

- Contribuer à réduire les préjugés dans les communautés.
- Protéger les personnes séropositives contre la discrimination.
- Mettre à disposition les services de santé nécessaires pour tous ceux qui en ont besoin quels que soient leur statut VIH, leur sexe, leur ethnie, leur comportement à risque ou tout autre facteur.
- Garantir la nature volontaire et confidentielle des tests VIH.
- Protéger les personnes vivant avec le VIH et les principales populations présentant un risque accru de VIH contre les poursuites et/ou arrestations pendant qu'elles recherchent des services de santé.
- Garantir l'accessibilité économique des produits de prévention du VIH, des médicaments contre le VIH ainsi que du diagnostic.



4. Conclusions

Le VIH reste une cause de morbidité, mortalité et d'exclusion sociale importantes. Les Nations Unies se sont engagées à atteindre l'accès universel à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien relatifs au VIH et à enrayer la propagation du VIH ou inverser la tendance (OMD 6). Le présent article préconise une réponse accélérée du secteur de la santé dans le cadre des stratégies multisectorielles nationales contre le VIH.

La stratégie régionale se veut un outil de sensibilisation pour la réorientation et la hiérarchisation des interventions et services du secteur de la santé pour mieux atteindre les personnes exposées au risque d'infection ou vivant avec le VIH et elle fournit une orientation pour tous les pays sur les interventions efficaces et fondées sur des données factuelles. Les principaux bienfaits escomptés de la stratégie régionale sont les suivants : a) plus d'informations sur la dynamique locale de l'épidémie de VIH pour permettre une prise de décision stratégique ; b) une meilleure couverture des personnes exposées au risque d'infection par le VIH ou de transmission par les services de prévention ; c) une couverture accrue des personnes vivant avec le VIH par les services de traitement et de soins ; et d) un renforcement des capacités des systèmes de santé pour améliorer la qualité, la couverture et la durabilité des services pour le VIH et autres services.

L'OMS va plaider en faveur de l'engagement politique, encourager la mobilisation des ressources, renforcer la collaboration avec les partenaires concernés, soutenir les politiques qu'elle recommande, fournir une orientation stratégique et technique et aider les pays à leur demande, afin de répondre aux besoins techniques et opérationnels et de renforcer la diffusion et l'échange des connaissances et des informations stratégiques sur le VIH.

5. Recommandations aux États Membres

1. Remédier aux lacunes en matière de connaissances de la situation épidémique locale en utilisant des méthodologies de surveillance du VIH adaptées.
2. Examiner et réviser les stratégies nationales de lutte contre le VIH afin de classer par ordre d'importance les interventions en fonction du contexte épidémique local.
3. Élaborer des plans opérationnels chiffrés pour la riposte du secteur de la santé au VIH conformes aux cadres stratégiques nationaux globaux et allouer une proportion adaptée de dépenses en santé à la mise en œuvre de ces plans.
4. Renforcer les capacités des organisations du gouvernement et de la société civile afin d'utiliser au mieux leur potentiel à contribuer à la riposte du secteur de la santé de façon complémentaire.
5. Promouvoir la recherche afin de fournir des éléments destinés à l'élaboration de politiques et approches qui permettent l'accès aux services pour les principales populations présentant un risque accru.



Références

1. Résolution A/55/L2 des Nations Unies. *Déclaration du Millénaire des Nations Unies*. New York, Nations Unies, 2000.
2. *Déclaration d'engagement*. Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, 2001.
3. 60/262. Déclaration politique sur le VIH/sida. Résolution adoptée par l'Assemblée générale. Nations Unies, 2006.
4. *Interventions prioritaires : Prévention, traitement et soins du VIH/sida dans le secteur de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.
5. *Une action conjointe en vue de résultats. Cadre de résultats de l'ONUSIDA 2009-2011*. Genève, ONUSIDA, 2009.
6. *Stratégie régionale pour renforcer la riposte du secteur de la santé face au VIH/SIDA 2006-2010*. Le Caire, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, 2006 (WHO-EM/STD/089/E).
7. *Stratégie régionale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles 2009-2015*. Le Caire, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, 2008 (WHO-EM/RC55/6).
8. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010. Genève ONUSIDA, 2010
9. Abu-Raddad L et al. *Characterizing the HIV/AIDS epidemic in the Middle East and North Africa: evidence on levels, distribution and trends. Time for strategic action*. Middle East and North Africa HIV/AIDS Epidemiology Synthesis Project. Washington DC, World Bank/UNAIDS/WHO, 2010.
10. Hermez J et al. A review of HIV testing and counseling policies and practices in the Eastern Mediterranean Region. *AIDS* (Accepted for publication in 2010).
11. Bennett D et al. The World Health Organization's global strategy for prevention and assessment of HIV drug resistance. *Antiviral Therapy*, 2008, 13: Supplement 2: 1-13.



المراجع

7. *Regional strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections 2009–2015*. Cairo, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2008 (WHO-EM/RC55/6).
8. *UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*. Geneva, UNAIDS, 2010
9. Abu-Raddad L et al. *Characterizing the HIV/AIDS epidemic in the Middle East and North Africa: evidence on levels, distribution and trends. Time for strategic action*. Middle East and North Africa HIV/AIDS Epidemiology Synthesis Project. Washington DC, World Bank/UNAIDS/WHO, 2010.
10. Hermez J et al. A review of HIV testing and counseling policies and practices in the Eastern Mediterranean Region. *AIDS* (Accepted for publication in 2010).
11. Bennett D et al. The World Health Organization's global strategy for prevention and assessment of HIV drug resistance. *Antiviral Therapy*, 2008, 13: Supplement 2: 1–13.
1. United Nations Resolution A/55/L.2. *United Nations Millennium Declaration*. New York, United Nations, 2000.
2. *Declaration of Commitment*. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, 2001.
3. 60/262. Political Declaration on HIV/AIDS. Resolution adopted by the General Assembly. United Nations, 2006.
4. *Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector*, Geneva, World Health Organization, 2009.
5. *Joint action for results. UNAIDS outcome framework 2009–2011*. Geneva, UNAIDS, 2009.
6. *Regional strategy for strengthening health sector response to HIV/AIDS 2006–2010*. Cairo, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2006 (WHO-EM/STD/089/E).

وسوف تقوم منظمة الصحة العالمية بمواصلة الدعوة إلى الالتزام السياسي، ودعم الجهود المبذولة لحشد الموارد، وتقوية أواصر التعاون مع الشركاء المعنيين، وتعزيز السياسات التي أوصت بها المنظمة، وتقديم التوجيه الاستراتيجي والتقني، مع دعم البلدان عند الطلب من أجل تلبية احتياجاتها التقنية والعملية وتعزيز توليد وتشاطر المعارف والمعلومات حول فيروس الإيدز.

- حماية المتعاشين مع فيروس الإيدز والمجموعات السكانية الرئيسية المعرضة بصورة عالية لخطر العدوى من الاضطهاد أو التوقيف أثناء التماسهم الخدمات الصحية.

- ضمان يُسر التكلفة المحتملة للسَّلَع الخاصة بالوقاية من فيروس الإيدز، وأدويته، وسُبُل تشخيصه.

4. الخلاصة

يواصل فيروس الإيدز التسبب في حدوث معدلات عالية من المراضة والوفيات والإقصاء الاجتماعي. ولقد ألزمت الأمم المتحدة نفسها بتحقيق الإتاحة الشاملة لخدمات الوقاية من الفيروس ورعاية حالاته ومعالجتها ودعمها، مع إيقاف انتشار الفيروس والعمل على انحساره (المرمى السادس). وتدعو هذه الورقة إلى التسريع باستجابة القطاع الصحي كجزء من الاستراتيجيات الوطنية المتعددة القطاعات لمجابهة الفيروس.

والهدف من الاستراتيجية الإقليمية هو أن تعمل كأداة للدعوة إلى إعادة توجيه تدخلات وخدمات القطاع الصحي وترتيبها من حيث أولوياتها من أجل الوصول بصورة أفضل إلى المعرضين لخطر الإصابة بالعدوى أو المتعاشين لفيروس الإيدز، وتوجيه جميع البلدان حول كل ما يخص التدخلات الفعالة المُسندة بالبيّنات. ومن أهم الفوائد المتوقعة لهذه الاستراتيجية ما يلي: (أ) تحسين المعلومات حول الديناميات المحلية لوباء الإيدز للتمكن من اتخاذ القرارات الاستراتيجية. (ب) زيادة التغطية بخدمات الوقاية من الفيروس بين المعرضين لخطر العدوى بالفيروس أو انتقاله إليهم، (ج) زيادة التغطية بخدمات رعاية ومعالجة الحالات المصابة بالفيروس بين المتعاشين معه، (د) تعزيز قدرات النظم الصحية من أجل تعزيز الخدمات الجيدة المعنية بالفيروس والتغطية بها وضمان استمراريتها مع غيرها من الخدمات.

5. التوصيات للبلدان الأعضاء

1. سد الثغرات الراهنة في المعارف المتعلقة بالوضع المحلي للوباء باستخدام المنهجيات الترسّدية الملائمة لفيروس الإيدز.
2. استعراض الاستراتيجيات الوطنية المعنية بالوقاية من الفيروس ومكافحته، ومراجعة هذه الاستراتيجيات بحيث يتم ترتيب المداخلات حسب الأولوية وفقاً للسياق الوبائي المحلي.
3. إعداد خطط ميدانية تشتمل على التكلفة حول مجابهة القطاع الصحي للفيروس، وذلك وفقاً لأطر الاستراتيجية الوطنية، وتخصيص نسبة معقولة من النفقات الصحية لتنفيذ هذه الخطط.
4. بناء القدرات في كل من الحكومات ومنظمات المجتمع المدني من أجل الاستخدام الأمثل لإمكانياتها في المساهمة في استجابة القطاع الصحي بصورة استكمالية.
5. تعزيز السلوك البحثي من أجل تقديم بيّنات تساعد في رسم السياسات ووضع الأساليب التي تسمح بإتاحة الخدمات للمجموعات السكانية الرئيسية المُحْتَطَرَة بشدة.

العنصر الخامس : تعزيز السياسة الداعمة والبيئة القانونية من أجل تيسير المجابهة من قِبَل القطاع الصحي

ينبغي أن تُحدّد السياسات الوطنية بوضوح إطار المجابهة. ويحتاج من يتولون قيادة القطاع الصحي أن يعززوا الشراكات مع أصحاب المصالح الذين لا علاقة لهم بالقطاع الصحي، وكذلك مع المجتمع المدني، ومع المتعاشين مع فيروس الإيدز من أجل الدعوة إلى سياسات داعمة. وقبل ذلك كله، ينبغي أن تقوم السياسات، بضمان احترام الحقوق الإنسانية للمتعايشين مع الإيدز ولأولئك الذين هم على خطر عظيم من انتقال الفيروس بصفة عامة، واحترام حقهم في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة، بصفة خاصة.

الأولويات الاستراتيجية الإقليمية

- تقليص اللّمْز والوصم من قِبَل العاملين الصحيّين، ووضع مدوّنة لأخلاق الممارسة تضمن معاملة المتعايشين مع فيروس الإيدز والأفراد الممتنّين إلى المجموعات التي تعاني من الوصمة، معاملةً لائقة تحفظ لهم كرامتهم، وتوفّر لهم كامل الاحترام والرعاية.
- المساهمة في خفض تقليص اللّمْز والوصم في المجتمعات.
- تأمين الحماية من التعرّض للوصمة لمن تكشف الفحوصات عن إيجابيتهم للفيروس.
- توفير الخدمات الصحية الضرورية لجميع من يحتاجونها بغضّ النظر عن حالتهم الصحية من حيث عدّواهم بالفيروس، أو وضعهم من ناحية الجنس، أو العرق، أو السلوكيات المحفوفة بالخطر، أو أية عوامل أخرى.
- ضمان الطوعية والخصوصية في إجراء فحوصات كشف الفيروس.

النظم الصحية¹. فمن شأن التعاطي مع ما تعانيه النظم الصحية القائمة من ضعف، أن ييسر إدماج التدخلات الهادفة إلى مكافحة فيروس الإيدز، بغيّة زيادة التغطية بالخدمات المعنية بهذا الفيروس وضمان استمرارية جودتها. ويُعنى بتقوية النُظُم الصحية أنها تحسين القدرة في بعض مكوناتها الحاسمة الأهمية لتحقيق تحسين مستمر وعادل في جميع الخدمات الصحية ونتائجه، مما يوجب على البرامج الوطنية لمكافحة مرض الإيدز وشركائها أن تساهم مساهمة نشطة بالجهود التي تقودها البلدان، والجهود التي تُبذل على الصعيد العالمي، من أجل تحسين النظم الصحية في جميع المجالات الرئيسية، ومنها المجال السياسي، والموارد البشرية، والتمويل، والإدارة، وتقديم الخدمات، ونظم المعلومات. كما يتعيّن على البلدان المنخفضة الدخل أن تسعى لاغتنام الفرص من أجل حشد الموارد العالمية (مثل الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا) بغيّة تعزيز البنية الصحية التحتية والقوى العاملة الصحية.

الأولويات الاستراتيجية الإقليمية

- تقوية القوى العاملة الصحية.
- تقوية البنية التحتية الصحية.
- تقوية نُظُم استيراد البضائع وإدارة التوريدات.
- تقوية نُظُم ضمان جودة الخدمات المقدّمة من قِبَل القطاعين العام والخاص.
- وضع سياسات وآليات لإشراك المنظمات غير الحكومية في تقديم الخدمات الخاصة بفيروس الإيدز.

¹ تتألّف النُظُم الصحية من مجموعة من العاملين والمؤسسات، والموارد منظمّة معاً وفقاً لسياسات موضوعة، من أجل تحسين صحة المجموعات السكانية التي تخدمها، وفي الوقت نفسه، تلبية توقعات المواطنين المشروعة وتحسين سُبل حمايتهم من أعباء الاعتلالات الصحية، وذلك من خلال مجموعة متنوعة من الأنشطة المكرسة لتحقيق هدف أساسي ألا وهو تحسين الصحة.

الأولويات الاستراتيجية الإقليمية

- ضمان سلامة الدم وسلامة الإجراءات الطبية.
- زيادة إتاحة خدمات اختبار الكشف عن الفيروس والمشورة واستخدامهما كمدخل للوقاية من الفيروس ورعاية المصابين به.
- التركيز على التوسع في التغطية بالتدخلات المعروفة بفعاليتها في وقاية السكان المُخْتَطَرين بشدة، وقرنائهم الجنسيين.
- إدماج المعلومات والتثقيف حول الوقاية من فيروس الإيدز ضمن ما يقدم من خدمات خاصة بالصحة الإنجابية، وصحة الأمومة والطفولة، والخدمات التي تتعامل مع أنواع العدوى المنقولة جنسياً.
- إدماج خدمات الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل في خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمومة والطفولة.
- إعداد نماذج لإيلاء الخدمات والتوسع فيها في سلسلة متواصلة من خدمات الرعاية والمعالجة.
- تطبيق نُظْمٍ معيارية لعلاج المرضى ورصدهم.
- تكثيف الكشف عن حالات الإصابة بالسل، ووقاية المتعاشين مع فيروس الإيدز ومعالجتهم.
- تحديد ممارسات عملية معيارية لجميع التدخلات المتوافرة لمقدمي الخدمات، في مجالات الوقاية والرعاية والمعالجة.

العنصر الرابع: تقوية قدرة النُظْمِ الصحية على الإدماج الفعّال لخدمات مجابهة فيروس الإيدز

يعتمد ما تحوزه البرامج الصحية من تقدم، بما فيها البرامج المعنية بفيروس الإيدز، اعتماداً كبيراً على تقوية

ذلك على درجة كبيرة من الأهمية إذا ما أريد تحقيق الإتاحة الشاملة للخدمات الجيدة لمجابهة الفيروس.

الأولويات الاستراتيجية الإقليمية

- إعداد خطط وطنية استراتيجية وميدانية مبنية على معرفة صحيحة بالوضع المحلي للوباء، وتحليل للمجابهة الراهنة، وللتدخلات المُسَنَدَة بالبيّنات في الصحة العمومية.
- زيادة المشاركة إلى أقصى الحدود من قِبَل أصحاب المصلحة المعنيين بالتخطيط الاستراتيجي وتعزيز المحاسبة عن النتائج لجميع الشركاء.
- استخدام الخطط الاستراتيجية كقاعدة لحشد الموارد المحلية والدولية.
- المساهمة في العمل على تناغم الجهود المبذولة وتوَأُومها وتآزرها بين الشركاء الوطنيين والدوليين في نطاق المجابهة المشتركة بين القطاعات.
- انتهاز أسلوب يشمل جميع القطاعات الصحية من أجل التخطيط لمجابهة القطاعات الصحية للفيروس، وتنفيذ هذه المجابهة ورصدها وتقييمها.
- إشراك المجتمع المدني ودعمه.

العنصر الثالث: تقديم خدمات رفيعة الجودة للوقاية من فيروس الإيدز ورعاية حالاته ومعالجتها، والحث على الاستفادة من هذه الخدمات

يتمثل العنصر الثالث في توفير إتاحة شاملة لوسائل الوقاية من فيروس الإيدز لمن يحتاج إليها ورعايتهم ومعالجتهم ودعمهم، وتمثل مسؤولية القطاع الصحي في ضمان توافر الخدمات الصحية وجودتها وإتاحتها ومقبوليتها وحُسن استخدامها.

رعاية الحمل (في البلدان التي تتجاوز فيها مستويات انتشار الفيروس 1٪ بين عموم السكان).

- تقوية رصد ما تنفذه البرامج ومدى فعاليتها. فمن الواجب أن يكون الرصد الأساسي والتقييم لمساهمة القطاع الصحي في المجابهة المتعددة القطاعات، جزءاً لا يتجزأ من الرصد والتقييم الإجمالي للمجابهة الوطنية لفيروس الإيدز. أما رصد أداء البرنامج فيتطلب مؤشرات محدّدة بوضوح مراعية لمفهوم الجندّر حول مدى توافر الخدمات وجودتها، وحول تغطية السكان المحتاجين إليها وأثرها في عوامل الاختطار والحصائل الصحية.

- تقديم بيانات حول مدى جودة الأساليب والتدخلات المختلفة، وجدواها، وفعاليتها من خلال إجراء البحوث الميدانية التي تَمَسُّ الحاجة إليها من أجل سدّ الثغرات في المعلومات الاستراتيجية التي لا يمكن الحصول عليها من خلال الترسُّد أو رصد البرامج بالطريقة الروتينية. وتَمَسُّ الحاجة على وجه الخصوص، إلى معلومات حول أكثر التدخلات جدوى وفعالية في الإقليم للتغلب على الوصمة وللوصول إلى السكان المُخْتَطَرين بشدة والذين غالباً ما يتعرَّضون للتهميش والوصمة والتمييز.

العنصر الثاني: تعزيز الإرادة السياسية، والمشاركة الواسعة النطاق وزيادة التمويل من أجل مجابهة وطنية منسّقة ومضمونة الاستمرار لمرض الإيدز والعدوى بفيروسه

يتمثّل المكون الثاني في ضمان استمرارية الالتزام السياسي والجمهور به، والمشاركة الواسعة للشركاء على الصعيد الوطني والدولي، وزيادة ما تقدّمه الحكومات الوطنية من تمويل مع التزامات من المانحين الدوليين، وكل

نفسها في مراحل متباينة من تنفيذ هذه الأولويات الاستراتيجية. وفي البلدان التي تكون بعض هذه الأولويات والتدخلات قد أرسيت فيها بالفعل، يتعيّن على هذه البلدان أن تتحرّك بدون تأخير في اتجاه حشد الموارد وبناء القدرات التقنية والإدارية من أجل تنفيذ سائر التدخلات ذات الأولوية.

العنصر الأول: تقوية نُظم المعلومات الصحية في ما يتعلق بمرض الإيدز والعدوى بفيروسه وفي ما يتعلق بالبحوث الميدانية

من الأهمية بمكان عند اتخاذ القرارات الوطنية أن تتوافر المعلومات الموثوقة حول توزع العدوى بفيروس الإيدز واتجاهاته، وحول السلوكيات المحفوفة بالخطر بين السكان، وأن تتوافر المعلومات كذلك عن مدى التغطية بتدخلات الوقاية من الإصابة ورعاية الحالات ومعالجتها. كما يجب أن تسمح المعطيات الواردة من الترسُّدات الوبائية ورصد البرامج، بتوزيع المعطيات وفقاً للجنس والعمر وغيرهما من المتغيرات ذات العلاقة، وذلك من أجل تمكين مديري البرامج من إعداد التدخلات وفقاً للمتطلبات الخاصة بكل جنس، والاحتياجات الخاصة بكل فئة عمرية.

الأولويات الاستراتيجية الإقليمية

- تحديد العناصر الجوهرية لنظام ترصُّد فيروس الإيدز وهي: التبليغ الشامل الذي يتسم بالسرية عن حالات الإصابة بالفيروس؛ التقديرات الكمية والمسوحات السلوكية والبيولوجية بين السكان الرئيسيين المُخْتَطَرين بشدة تحليل المعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال اختبار كشف الفيروس في الدم المتبرّع به، والمتردّدات على مرافق رعاية الحمل وغيرهم من المجموعات السكانية المنخفضة الاخطار؛ وأخيراً رصد وترصُّد مقاومة الفيروس للأدوية (11)، وإجراء ترصُّد للمتردّدات على خدمات

والثقافية. كما تعزز الاستراتيجية أسلوب الصحة العمومية، والتدخلات المسندة بالبيئات والحساسيات الجندرية، وتركز على إشراك جميع القطاعات إشراكاً واسعاً، بما في ذلك القطاعين الخاص والعام، والمجتمع المدني، بغية التوسع، إلى أقصى مدى ممكن، في إتاحة الوقاية والرعاية إتاحة فعّالة.

عناصر الاستراتيجية

تتكون الاستراتيجية من العناصر الرئيسية الخمسة التالية والتي تقتضي بدورها عدداً من الأولويات الاستراتيجية الإقليمية التالية:

1. تقوية نظم المعلومات الصحية في ما يتعلق بمرض الإيدز والعدوى بفيروسه وفي ما يتعلق بالبحوث الميدانية.
2. تعزيز الإرادة السياسية، والمشاركة الواسعة النطاق، وزيادة التمويل من أجل مجابهة وطنية منسقة ومضمونة الاستمرار لمرض الإيدز والعدوى بفيروسه.
3. تقديم خدمات رفيعة الجودة للوقاية من فيروس الإيدز ورعاية حالاته ومعالجتها، والحث على الاستفادة من هذه الخدمات.
4. تقوية قدرة النظم الصحية على الإدماج الفعّال لخدمات مجابهة فيروس الإيدز.
5. تعزيز السياسة الداعمة والبيئة القانونية من أجل تيسير استجابة القطاع الصحي.

والمطلوب حث البلدان على اقتباس هذه الاستراتيجية بما يلائم السياقات الخاصة بها، وهي على سبيل المثال المجموعات المتأثرة بالفيروس، وخصائص النظم الصحية، والعوامل الثقافية. مع تشجيع البلدان على استخدام المكونات الخمسة والأولويات الاستراتيجية المحددة لكل عنصر، على أنها قاعدة للتخطيط لمجابهة القطاع الصحي الوطني للفيروس. وسوف تجد البلدان

2. زيادة إتاحة خدمات رعاية ومعالجة المتعاشين مع فيروس الإيدز.

3. زيادة إتاحة الخدمات الوقائية للمعرّضين لاختطار العدوى بفيروس الإيدز وسرّيته.

4. المساهمة في تقوية النظم الصحية.

الأهداف

- حصول 50٪ أو أكثر من المصابين بعدوى متقدّمة من المرض من البالغين والأطفال في الإقليم على المعالجة بمضادات الفيروسات الفهقرية.
- إدخال 90٪ أو أكثر ممن يُعرف أنهم متعاشون مع الإيدز إلى خدمات الرعاية والمعالجة في الإقليم.
- الوصول المنتظم لبرنامج الإبر والمحاقن إلى 20٪ أو أكثر ممن يتعاطون المخدرات حقناً بانتظام (مرة واحدة في الشهر أو أكثر).
- تغطية 20٪ أو أكثر من العدد التقديري لمتعاطي الأفيونات حقناً بالمعالجة الاستعاضية بمركبات أفيونية المفعول.
- تغطية 20٪ أو أكثر من العدد التقديري للرجال ذوي العلاقات الجنسية مع الرجال وعاملات الجنس بمضمومة الوقاية من الإيدز والعدوى بفيروسه عن طريق الجنس (متضمّنة المعلومات، والعوازل الذكرية، والفحوصات والمشورة، ومعالجة العدوى المنقولة جنسياً).

المبادئ التوجيهية

ترتكز الاستراتيجية على أطر العمل المعنية بالأخلاقيات والحقوق الإنسانية المتفق عليها على الصعيد الدولي، والتي تنصّ على حق جميع الناس في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، بما في ذلك الصحة الجنسية، والإنجابية، والنفسية، والمبنيّة على قاعدة من القيم والممارسات الوقائية الدينية

3. الاستراتيجية الإقليمية لمُجابهة القطاع الصحي لفيروس الإيدز في الحقبة 2011-2015

تهدف هذه الاستراتيجية إلى تقديم إطار لتوجيه الجهود الحثيثة من أجل تحقيق مساهمة كفاءة من قبل القطاع الصحي في الاستراتيجيات والخطط الوطنية المشتركة بين القطاعات والمعنية بمكافحة فيروس الإيدز. وتركز هذه الاستراتيجية على الأولويات الاستراتيجية في السياق الوبائي في الإقليم. كما أنها سوف تساعد البلدان على وضع أو تحديث الاستراتيجيات المتعددة القطاعات لمكافحة الإيدز وفيروسه، وإدماج مرض الإيدز والعدوى فيروسه في الخطط الشاملة للقطاع الصحي مع إعداد خطط ميدانية سنوية للتدخلات والخدمات المعنية بفيروس الإيدز، والتي يقوم بتنفيذها القطاع الصحي. وسوف تساهم هذه الاستراتيجية في آخر الأمر بتحقيق الإتاحة الشاملة لخدمات الوقاية من الفيروس ورعاية المصابين به ومعالجتهم، إضافة إلى بلوغ المرامي الإنمائية للألفية، وعلى وجه الخصوص المرمى الرابع والخامس والسادس. كما ستركز هذه الاستراتيجية على تحقيق المرمى والأغراض التالية:

المرمى

تقليص سرّاية فيروس العوز المناعي البشري وتحسين صحة المتعاشين معه.

الأغراض

1. توليد المعلومات التي يعوّل عليها حول وباء الإيدز ومجابهته للتمكين من اتخاذ القرارات الاستراتيجية.

الخاص والعام، وفي ضعف البنية التحتية المخبرية والقدرة المحدودة للنظم القائمة لإدارة المعلومات.

الالتزام السياسي ببرامج مكافحة الإيدز وتمويلها

أفلحت معظم البلدان المنخفضة الدخل خلال السنوات القليلة المنصرمة، في حشد التمويل الخارجي لبرامجها الخاصة بمكافحة مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، وكان معظم ذلك من الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا أو من البنك الدولي أو كليهما. وعلى الرغم من أن توافر التمويل الخارجي السخي قد زاد من التزام القيادة الوطنية نحو الوقاية من فيروس الإيدز ومكافحته، إلا أن ذلك لم يترجم في جميع البلدان إلى تخصيص المزيد من الموارد المحلية لهذه البرامج. ويتزايد القلق من زيادة الاعتماد على التمويل الذي توفره الهبات لما يمثله ذلك من تهديد لضمان استمرارية إحراز الإنجازات في العديد من البلدان المنخفضة الدخل. وتحتاج الدول إلى ما يلي من أجل التحرك نحو ضمان استمرارية مجابهة فيروس الإيدز: (1) اكتساب المزيد من الكفاءة من خلال إيلاء الأولوية للمداخلات التي يتوقع أن يكون لها أثر أكبر (المجموعات الشديدة الاخطار)، (2) تخصيص الموارد المحلية، (3) اغتنام الفرص للدخول في النظم الحالية من أجل تقديم خدمات الوقاية من الفيروس ورعاية المصابين به ومعالجتهم.

الجدول 3: توافر تدخلات ذات أولوية خاصة بالمواطنين المعرّضين لاختطار متزايد للإصابة أو التغطية بها في بلدان إقليم شرق المتوسط في العامين 2008 و2009

البلد	متعاطو المخدرات بالحقن			عاملات الجنس			الرجال ذوي العلاقات الجنسية مع الرجال		
	برنامج توفير الإبر والمحاقن	المعالجة الاستعاضية بالأفيونات	اختبار الكشف عن الفيروس وإعطاء المشورة	العوازل الذكرية	العداوى المنقولة جنسياً	اختبار الكشف عن الفيروس وإعطاء المشورة	العوازل الذكرية	العداوى المنقولة جنسياً	اختبار الكشف عن الفيروس وإعطاء المشورة
الأردن									
أفغانستان									
الإمارات العربية المتحدة									
باكستان									
البحرين									
تونس									
الجمهورية العربية الليبية									
جمهورية إيران الإسلامية									
الجمهورية العربية السورية									
جيبوتي									
السودان (الشمال)									
السودان (الجنوب)									
الصومال									
العراق									
سلطنة عُمان									
فلسطين									
قطر									
الكويت									
لبنان									
مصر									
المغرب									
المملكة العربية السعودية									
اليمن									

الرموز

خدمات غير متوافرة
تغطية منخفضة (برامج ارتيادية على نطاق محدود)
تغطية متوسطة (مدينة أو مدينتين كبيرتين)
تغطية واسعة النطاق (ثلاث مدن أو أكثر)

المصدر: التبليغ حول الإتاحة الشاملة للمعالجة، الطلبات الموجهة إلى الصندوق العالمي للتمويل، والتقارير حول الأداء.

الفيروس من الأم إلى الطفل تتمثل في مدى شمولية الخدمات وجودتها، واستبقاء المتعاشين مع الفيروس في المعالجة، والتواصل بين خدمات الصحة الإنجابية وبين خدمات رعاية ومعالجة مرضى الإيدز.

الوصول إلى المجموعات السكانية الشديدة الاخطار

إن الوصول إلى المجموعات السكانية الشديدة الاخطار لعدوى الفيروس وتقديم الخدمات الوقائية لها هو الأمر الأكثر إلحاحاً، كما أنه أكثر التحديات التي تواجهها البرامج الوطنية. وهناك تقدم ملموس أحرزته بعض البلدان في مجال تعزيز خدمات إنقاذ الضرر لمتعاطي المخدرات حقناً. وعلى الرغم من أن البيئات تُظهر أن متعاطي المخدرات حقناً، والرجال ذوي العلاقات الجنسية مع الرجال، وعاملات الجنس والمساجين هم أكثر المجموعات عرضةً لاختطار العدوى بفيروس الإيدز، إلا أن مستوى الجهود المبذولة لتركيز البرامج الوقائية على هذه المجموعات لا يزال منخفضاً في غالبية البلدان (الجدول 3). وعلاوة على ذلك، فهناك حاجة إلى بذل مزيد من جهود الوقاية المُراعية للحساسيات الثقافية، والمراعية كذلك لاحتياجات كل جنس على حدة، من خلال المشورة التي تقدم لكل فرد لوحده أو المشورة التي تقدم للأزواج، ولاسيماً بالنسبة لقريبات الرجال الذين يقارفون سلوكيات شديدة الاخطار.

التحديات المتعلقة بالنُظم الصحية

إن البلدان التي تعاني من أعلى معدلات عبء فيروس الإيدز في الإقليم هي نفسها التي تعاني من أعظم التحديات التي تواجه نُظُمها الصحية. وتتمثل التحديات الأساسية التي تحول دون زيادة التغطية بالخدمات الجيدة للمصابين بفيروس الإيدز وسائر الخدمات الصحية، في ندرة العاملين الصحيين المدربين، وفي ضعف نظم الإدارة المالية ونظم إدارة الخدمات، وفي قصور ضمان الجودة في القطاعين

العاملين الصحيين، وضمان امتلاكهم للمعارف الخاصة بالعلامات السريرية والأعراض المرتبطة بالإصابة بالفيروس للشروع في تشخيص الإصابة به في مرحلة مبكرة، وتعزيز خدمات الاختبارات والمشورة الطوعية والسرية التي يبدأ بها كل من الزبون ومقدم الرعاية.

توقّي انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل

على الرغم من أن جميع بلدان الإقليم تقدم بعض الخدمات الخاصة بالوقاية من انتقال الفيروس من الأم المتعاشية مع فيروس الإيدز إلى طفلها، إلا أن هذه الخدمات تبقى مبعثرة ومحدودة في العديد من المواقع. ولذا فإن العدد التقديري ونسبة الحوامل المعاشيات للفيروس اللاتمي يحتاجن إلى الأدوية المضادة للفيروسات القهقريّة في الإقليم هما الأقل على المستوى العالمي. وفي عام 2008، وصل العدد التقديري للحوامل المتعاشيات مع فيروس الإيدز واللاتمي هنّ في حاجة إلى المعالجة بمضادات الفيروسات القهقريّة إلى 18 000 حالة، وكان عدد من يتلقين هذه المعالجة منهن بالفعل أقل من 500 حالة أي حوالي 1٪. وبعيداً عن التوافر الجغرافي لخدمات الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل داخل البلاد، توجد عدة عوامل تفسر انخفاض التغطية بخدمات الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، من قبيل الوصمة، وضعف الوعي المجتمعي، وانخفاض ما يوليه أصحاب القرار السياسي لذلك من الأولوية في بعض البلدان التي تتسم بانخفاض نسبة حدوث الوباء، وعدم إدماج خدمات الوقاية في خدمات الصحة الإنجابية (وعلى سبيل المثال: عدم إدماج الخدمات التي يبدأها مقدم الرعاية باختبار الكشف عن الوباء وتقديم المشورة، في خدمات الرعاية السابقة على الولادة)، والمعدلات المنخفضة لالتماس الرعاية السابقة على الولادة، وضعف النظم الصحية، ونقص الموارد المالية المضمونة الاستمرار. كما أن هناك صعوبات أساسية تحول دون خفض معدلات انتقال

الجدول 2: توافر تدخلات مختارة ذات أولوية/ أو التغطية بها في بلدان إقليم شرق المتوسط خلال العامين 2008 – 2009

البلد	عدد المتعاشين مع المرض الذين يعالجون بمضادات الفيروسات القهقرية 2007	عدد المتعاشين مع المرض الذين يعالجون بمضادات الفيروسات القهقرية 2009	نسبة زيادة عدد المتعاشين مع المرض الذين يعالجون بمضادات الفيروسات القهقرية بين العامين 2007 و 2009	النسبة المئوية للمرافق الصحية التي يتقد مخزونها من مضادات الفيروسات القهقرية	عدد الحوامل المتعاشات مع المرض والمتلقيات للمعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية توخياً لعدم انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل	النسبة المئوية لتجري الدم المنقول بحثاً عن الإصابة بفيروس الإيدز
الأردن	53	63	45	0	0	100
أفغانستان	0	12	م غ	م غ	0	39
الإمارات العربية المتحدة	م غ	121	م غ	0	م غ	100
باكستان	550	1320	137	0	25	87
البحرين	م غ	40	م غ	م غ	م غ	100
تونس	م غ	412	م غ	0	3	100
الجمهورية العربية الليبية	1000	1200 ^(ب)	20	م غ	م غ	100
جمهورية إيران الإسلامية	825	1486	43	20	52	100
الجمهورية العربية السورية	75	99	33	م غ	2	100
جيبوتي	705	913	27	92	63	م غ
السودان (الشمال)	895	1996	123	6	90	100
السودان (الجنوب)	303	1829	م غ	33	155	م غ
الصومال	211	578	230	12	6	100
العراق	0	6	م غ	0	م غ	100
سلطنة عُمان	260	486	58	0	9	100
فلسطين	11	8	م غ	م غ	م غ	م غ
قطر	م غ	70	م غ	م غ	1	م غ
الكويت	107	132	23	م غ	3	100
لبنان	246	354	47	100 ^(ج)	م غ	م غ
مصر	209	359	72	0	11	100
المغرب	1648	2647	59	0	90	م غ
المملكة العربية السعودية	662	1125	31	0	44	100
اليمن	107	274	150	0	10	م غ

م غ: معطيات لم تتوافر للمكتب الإقليمي

^(أ) يوجد مرفق صحي واحد في البلد لصرف الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية

^(ب) تواصل شفوي مع البرنامج الوطني لمكافحة الإيدز

المصادر: معطيات تم الحصول عليها عن طريق البرامج الوطنية لمكافحة الإيدز من خلال مسحين اثنين: المسح الأول خاص برصد الإتاحة العالمية للمعالجة 2008 و 2009، وتقارير الدورة الخاصة بالإيدز في الجمعية العمومية للأمم المتحدة 2010، والمسح الثاني الذي كان استعراضاً لتنفيذ الاستراتيجية الإقليمية حول تعزيز مجابهة القطاع الصحي لمرض الإيدز وفيروسه في إقليم شرق المتوسط (2006-2010)، كانون الثاني/يناير 2010.

تغطية أوسع، في تحديد المتعاشين مع المرض وفيرسه لإدخالهم في خدمات الرعاية والمعالجة والوقاية، كما أن الاعتماد على ما يقدمه المانحون من أموال من أجل المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية يمثل بدوره تهديداً لضمان استمرارية الإنجازات الحالية في عدد من البلدان ذات الدخل الأكثر انخفاضاً.

اختبار الكشف عن الفيروس وتقديم المشورة

إن تحري وجود الفيروس لمعرفة وضع الشخص من حيث إصابته بفيروس الإيدز لا يمثل الخيار الملائم لمعظم المُخْتَطَرِينَ للإصابة به في الإقليم. أما العوامل التي تساهم في مثل هذا الوضع فتتمثل أولاً في محدودية الوصول إلى مراكز الفحص عن الفيروس التي تتوخى السرية في تعاملاتها، يضاف إلى ذلك قصور الوعي بالمخاطر، والخوف من إلحاق التمييز والوصمة بالمصاب، في عائلته ومجتمعه ومدرسته ومكان عمله مع ما في ذلك من انتهاك لحقوق الإنسان. وتتطلب السياسة الشائعة للفحص الإلزامي تخصيص استثمارات ضخمة لفحص المجموعات غير المُخْتَطَرَة بشدة، مع أنها تعجز عن الوصول إلى المجموعات الشديدة الاختطار ما لم يكن ذلك متاحاً عن طريق بعض المؤسسات كالسجون أو مراكز الرعاية الصحية. وتوضح المعطيات الإقليمية الخاصة باختبارات الكشف عن الإصابة بالفيروس، فشل مثل هذه السياسات في التعرف على أعداد كبيرة من المصابين بالفيروس (10). فلا بُدَّ من نُقْلة في السياسة الصحيّة تمكّن من استمالة المُخْتَطَرِينَ بشدة لإجراء الفحص الطوعي والمشورة المحفوفة بالكتمان، مع توفير سُبل اتّصال بالمراكز الخاصة بالوقاية والرعاية والدعم، وذلك وفقاً لما أوصت به منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة مرض الإيدز وفيروسه، فبذلك يمكن توقع تغطية أكبر للمتعايشين مع فيروس الإيدز تشمل الفحص والمشورة والوقاية والرعاية. ويتحمّل القطاع الصحي مسؤولية تقليص الوصمة المرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري بين

الممكن إجراء المسوحات المجتمعية إذا كانت هناك ضمانات للسرية، واحترام لحقوق الإنسان، وإتاحة الخدمات لمن يحتاجونها. وعلى الرغم مما تقدّم، فإن غالبية البلدان لم تتخذ بعد الخطوات الضرورية لتقييم حجم المجموعات السكانية المُخْتَطَرَة، ومن ثمّ لا يمكنها التنبؤ بعبء الحالات الجديدة من العدوى بينهم، وبالتالي يصعب عليها التخطيط لتغطية فعالة لبرامج الوقاية. ولا يزال العديد من البلدان يعتمد اعتماداً كبيراً على التبليغ اللا فاعل، وعلى اختبارات تشخيص الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري في المجموعات الكبيرة من المُخْتَطَرِينَ اختطاراً منخفضاً، وهو أمر لا يساعد على تحديد أين، وفي أيّ مجموعة، وكيف حدثت السّرية، كما لا يساهم مساهمة فعّالة في الكشف عن حالات الإصابة بالفيروس.

رعاية حالات الإصابة بفيروس الإيدز ومعالجتها

قامت جميع البلدان ببذل جهود دؤوبة من أجل زيادة إتاحة المعالجة المنقذة للحياة بمضادات الفيروسات القهقرية. فعلى مدى العامين 2008 و2009، ارتفعت نسبة المتعايشين مع الفيروس المتلقين للمعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية بمقدار 70٪ بين نهاية عام 2007 ونهاية عام 2009، من حوالي 7867 إلى 15 511، وقد ضاعف العديد من البلدان عدد المتعايشين مع الفيروس المتلقين للمعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية (الجدول 2). وارتفع العدد الذي أبلغ للمكتب الإقليمي والخاص بالحوامل المصابات بعدوى الإيدز والمتلقيات للمعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية للوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، إلى ثلاثة أضعاف خلال نفس المدة. وتقوم جميع البلدان بتقديم مضادات الفيروسات القهقرية مجاناً إلى المتعايشين مع مرض الإيدز والمصابين بفيروسه، المعروفين للنظام الصحي. وعلى الرغم من هذه الجهود الهائلة، فإن هناك فجوة بين الاحتياجات المقدّرة وبين التغطية الحالية في الإقليم تصل إلى 90٪ وهي أكبر فجوة على الصعيد العالمي. وتتمثل أهم العقبات التي تحول دون تحقيق

للوقاية، يُتَوَقَّع أن يتزايد انتشار الفيروس بين المجموعات الشديدة الاختطار وداخل الشبكات الجنسية الخاصة بهم.

3.2 الاستجابة الحالية والتحديات

إن الاستراتيجية الإقليمية لتقوية مجابهة القطاع الصحي لمرض الإيدز وفيروسه وللعداوى المنقولة جنسياً 2006-2010 تركز على ثلاثة مكونات، وهي: (1) تعزيز الالتزام السياسي، وحشد المزيد من الموارد من أجل الاستجابة لفيروس الإيدز، (2) إيجاد بيئات حول وضع الوباء واتجاهاته، و(3) التوسُّع في إيتاء المضمومات الأساسية الخاصة بخدمات الوقاية من الفيروس ورعاية المصابين به ومعالجتهم. ولقد تفاوتت درجات تنفيذ البرامج الوطنية لمكافحة الإيدز للاستراتيجيات الموصى بها تبعاً لعدد من العوامل، من بينها الالتزام السياسي على أعلى المستويات، والرغبة والمقدرة في التعامل مع القضايا الحساسة ثقافياً وسياسياً بأسلوب واقعي، وسائر الأولويات الوطنية (مثل حالات الطوارئ والصراعات)، وتوافر الموارد.

الترصد الوبائي

أحرز تقدُّم ملموس في العديد من البلدان من ناحية تفهُّم الوضع المحلي للوباء، وعلى وجه الخصوص بالنسبة للمجموعات السكانية التي يحتمل أن تكون أكثر عرضة لخطر العدوى بفيروس الإيدز. ولقد تزايد عدد البلدان التي تقوم بإجراء مسوحات حول انتشار الفيروس وحول السلوكيات المُخْتَطِرة بين السجناء، ومتعاطي المخدِّرات حقناً، والرجال ذوي العلاقات الجنسية مع الرجال وعاملات الجنس. كما قامت البلدان بتحسين نوعية ما تجريه من مسوحات من خلال استخدام منهجيات أخذ العينات الاحتمالية في بعض المناطق. وتُظهر هذه الإنجازات أنه حتى عندما تكون الظروف الثقافية صعبة يتعاظم فيها مدى التمييز والوصمة التي يتعرَّض لها المصابون، فمن

إلى بلادهم. وغالبية هذه العداوى تتصل بممارسة الجنس ومعاقره المخدِّرات حقناً خارج البلاد. وهذا النمط من انتقال الفيروس يتسبَّب في توزُّع العدوى بصورة عشوائية بين الجمهرة العامة من السكان، ولا يؤدِّي، عادةً، إلى انتقال لاحق بعيداً عن دائرة القرناء المباشرين في الجنس.

وأخيراً، فإن هناك ثلاثة بلدان في الجزء الأفريقي من الإقليم تعاني من وجود وباء متعمِّم بالفيروس فيها، وهي جيبوتي، والسودان (المناطق الجنوبية)، والصومال (بعض المناطق بها). أما معطيات المسوحات المصلية المخفّرية التي أجريت بين الحوامل في المناطق الجنوبية من السودان، فتوحي بأن هناك سراية كبيرة للفيروس بين عامة السكان في بعض المناطق. وفي هذه البلدان الثلاثة أيضاً، يقع انتقال الفيروس في المجموعات الرئيسية الشديدة الاختطار، ولاسيَّما عاملات الجنس وربما الرجال ذوي العلاقات الجنسية مع الرجال، ولا ريب أن هذا يؤثر بصورة كبيرة على نسبة الحالات الجديدة من العدوى بالفيروس.

وختاماً، فهناك بيئات متزايدة على اختراق فيروس الإيدز لشبكات متعاطي المخدِّرات حقناً وشبكات مقارفي السلوكيات الجنسية المُخْتَطِرة، ولو أن هذه المعطيات تحتاج إلى تأكيد من خلال تكرار المسوحات أو تحسين جودة ما يجري منها. غير أن المعطيات كافية لتنبه جميع بلدان الإقليم من أجل زيادة اليقظة لديناميات الوباء، مع التركيز على المجموعات السكانية الأشد اختطاراً، وتأثيرها مع المجموعات التي تدعى المجموعات الجسرية (القرناء الجنسيين للمجموعات السكانية الأشد تعرضاً للخطر)، والروابط المحتملة بينها وبين عامة السكان.

أما بالنسبة لتحقيق الهدف الأول من المرمى الإنمائي السادس للألفية، والذي يقضى بحصر انتشار فيروس الإيدز وانحصاره، فقد أظهرت أحدث المعطيات الوبائية أنه لم يتم حتى الآن احتواء انتشار الوباء في الإقليم، وأنه مع عدم وجود برامج فعَّالة

الجدول رقم 1: معدّل الانتشار بين المجموعات السكانية المنخفضة الخطر والشديدة الخطر وفقاً للمسوحات أو للتحري الروتيني 2010-2005

البلد	مُراجعات مرافق الرعاية السابقة للولادة (%) + لفيروس الإيدز	المتبرعون بالدم (%) + لفيروس الإيدز	المرضى بالسل (%) + لفيروس الإيدز	المرضى بالأمراض المنقولة جنسياً (%) + لفيروس الإيدز	متعاطو المخدرات حقناً (%) + لفيروس الإيدز	عاملات الجنس (%) + لفيروس الإيدز	الرجال ذوي العلاقات الجنسية مع الرجال (%) + لفيروس الإيدز	السجناء لفيروس الإيدز
لبنان	-	0 (2009) ⁽¹⁾	0.003 (2009) ⁽¹⁾	-	0.0 (2007) ⁽¹⁾	0.0 (2007) ⁽¹⁾	3.6 (2007) ⁽¹⁾	0.16 (2007) ⁽¹⁾
مصر	-	0.0 (2008) ⁽¹⁾	0.2 (2008) ⁽¹⁾	0.0 (2008) ⁽¹⁾	0.6 (2006) ⁽¹⁾	0.8 (2006) ⁽¹⁾	6.2 (2006) ⁽¹⁾	0.22 (2008) ⁽¹⁾
					7.7 (2010) ⁽¹⁾	0.0 (القاهرة) ⁽²⁾	5.4 (2010) ⁽²⁾	0.001 > (2009) ⁽¹⁾
					6.7 (2010) ⁽³⁾	0.0 (القاهرة) ⁽²⁾	6.9 (2010) ⁽³⁾	
المغرب	0.1-2.7 (2010) ⁽¹⁾	0.02 (2009) ⁽¹⁾	0.83 (2010) ⁽¹⁾	0.3 (2010) ⁽¹⁾	-	2.7 (2010) ⁽¹⁾	-	0.5 (2010) ⁽¹⁾
المملكة العربية السعودية	0.0 (2008) ⁽¹⁾	0.05 (2009) ⁽¹⁾	0.3 (2008) ⁽¹⁾	0.3 (2010) ⁽¹⁾	0.006 (2010) ⁽¹⁾	-	-	0.016 (2010) ⁽¹⁾
اليمن	0.1 (2010) ⁽¹⁾	0.03 (2009) ⁽¹⁾	1.6 (2009) ⁽¹⁾	3.7 (2008) ⁽²⁾	-	1.3 (2008) ⁽¹⁾	-	2.1 (2008) ⁽²⁾

المصدر: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية، قاعدة المعطيات الإقليمية لفيروس الإيدز (ج) عاملات الجنس

(رج) رجال ذوي علاقات جنسية مع الرجال

(1) بوتزيسفيتش أ - استعراض إقليمي للنظم الوطنية لترصد فيروس الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً، 2009 (لم ينشر بعد)

(ب) معلومات مبلغة من قبل مديري البرامج الوطنية لمكافحة الإيدز، الاجتماع التاسع عشر لمديري البرامج الوطنية لمكافحة الإيدز، بيروت، 13-15 آذار/ مارس 2010

(ج) التبليغ الربعي المنتظم لحالات الإصابة بالإيدز وفيروسه، الذي يرد إلى المكتب الإقليمي من قبل البلدان (د) التقارير والعروض حول الأنشطة الترصدية التي تقدم إلى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط من قبل البلدان

(هـ) تم القياس في مواقع تقديم الرعاية السابقة للولادة الستة الأكثر ارتفاعاً

(و) هيجرا: مجموعة سكانية متحولي الجنس في ثقافة جنوب آسيا

غ م - أبلغ عن عدم توافره

- لم تبلغ أية معطيات إلى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

مع الرجال. وقد تم التبليغ عن نسبة عالية من انتشار فيروس الإيدز بين عاملات الجنس في كل من جيبوتي والصومال.

أما النمط الثاني الذي يوجد بمستويات متباينة في بلدان الإقليم، فيتميز بإصابة عدد من المواطنين بعدوى فيروس الإيدز أثناء سفرهم خارج البلاد، ومن ثمّ ينتقل الفيروس منهم إلى قرنائهم عند عودتهم

من الرجال ذوي العلاقات الجنسية مع الرجال، وعاملات الجنس، وما يتبع ذلك من انتقال متواصل لقرنائهم في الممارسات الجنسية المشروعة. ولقد تأكد حدوث أوبئة بين متعاطي المخدرات حقناً في كل من أفغانستان، وباكستان، والبحرين، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية الليبية. أما المعطيات الواردة من تونس ولبنان ومصر والسودان فتشير إلى أن الوباء يظهر بين الرجال ذوي العلاقات الجنسية

الجدول رقم 1: معدّل الانتشار بين المجموعات السكانية المنخفضة الخطر والشديدة الخطر وفقاً للمسوحات أو للتحري الروتيني 2010-2005

البلد	مُراجعات مرافق الرعاية السابقة للولادة	المتبرعون بالدم	المرضى بالسل	المرضى بالأمراض المنقولة جنسياً	متعاطو المخدرات حقناً	عاملات الجنس	الرجال ذوي العلاقات الجنسية مع الرجال	السجناء
	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز
الأردن	-	0.0	0.0	0.0 (2009) ⁽¹⁾	-	-	-	0.0 (2009) ⁽¹⁾
أفغانستان	-	>0.1 (ب)	0.2 (ب)	-	1-18.2 (ب)	0 (2009) (ب)	غ م	0.57-1.57 (ب)
الإمارات العربية المتحدة	0.005 (ب)	0.005 (2009) ⁽¹⁾	0.9 (2009) ⁽¹⁾	-	-	-	-	0.0 (2008) ⁽¹⁾
باكستان	-	-	3.6 (2008) ⁽¹⁾	-	12-30 (2008) ⁽¹⁾	0-0.25 (8-2007) ⁽¹⁾	1.8 (رج) (2008) ⁽¹⁾ 0-27 (هيجرا) (ج) (2008) ⁽¹⁾	-
البحرين	-	-	-	-	-	-	-	-
تونس	غ م	0.004 (2009) ⁽¹⁾	0.08 (2008) ⁽¹⁾	0.0 (2010) ⁽¹⁾	3.1 (2009) ⁽¹⁾	0.4 (2009) ⁽¹⁾	4.9 (2009) ⁽¹⁾	غ م
الجمهورية العربية الليبية	0.3-0.07 (2004) ⁽⁵⁾	-	-	-	54.0 (2003) (مركز تاجوراء) ⁽⁵⁾	-	-	18 (2004) (مسح وطني) ⁽⁵⁾
جمهورية إيران الإسلامية	0.0 (2010) ⁽¹⁾	0.004 (2010) ⁽¹⁾	3.8 (2010) ⁽¹⁾	0 (2010) ⁽¹⁾	13.4 (2010) ⁽¹⁾	3.4 (2010) ⁽¹⁾	-	1.4 (2010) ⁽¹⁾
الجمهورية العربية السورية	غ م (ب)	0 (2009) ⁽¹⁾	0.02 (ب)	0 (2009) ⁽¹⁾	0.30 (ب)	0.10 (ب)	10-0.5 (ب)	0.010 (ب)
جيبوتي	1.7 (2008) ⁽¹⁾	0.6 (2008) ⁽¹⁾	11.8 (2008) ⁽¹⁾	-	-	20.3 (2008) ⁽¹⁾	-	-
السودان (الشمال)	0.16 (2009) ⁽¹⁾	0.46 (2009) ⁽¹⁾	1.66 (2005) ⁽⁵⁾	1.47 (2005) ⁽⁵⁾	غ م	-	9.3 (2005) ⁽⁵⁾	8.6 (2006) ⁽⁵⁾
السودان (الجنوب)	3.4 (2007) ⁽¹⁾	-	13.4 (2008) ⁽¹⁾	-	-	-	-	-
الصومال	1.7 (2007)	-	4.5 (2004)	6.3 (2007)	-	6.3 (2007) ⁽¹⁾	-	-
	(صومالي لاند) ⁽⁵⁾		(3 مناطق) ⁽⁵⁾	(هرغيسا) ⁽⁵⁾				
	0.9 (2007)			2.2 (2007)				
	(بوتلاند) ⁽⁵⁾			(بوتلاند) ⁽⁵⁾				
العراق	0.0 (2009) ⁽¹⁾	0.001 (2009) ⁽¹⁾	0.02 (2009) ⁽¹⁾	0.0 (2009) ⁽¹⁾	-	-	-	0.0 (2009) ⁽¹⁾
عُمان	0.03 (2009) ⁽¹⁾	0.02 (2009) ⁽¹⁾	1.3 (2009) ^(ج)	2.3 (2009) ⁽¹⁾	0.43 (2007) ^(ج)	-	-	0.8 (2009) ⁽¹⁾
فلسطين	0.0 (2010) ⁽¹⁾	0.0 (2009) ⁽¹⁾	0.0 (2010) ⁽¹⁾	0 (2010)	0 (2010) ⁽¹⁾	-	-	0 (2010) ⁽¹⁾
قطر	-	-	-	-	-	-	-	-
الكويت	-	-	-	-	-	-	-	-

الإيدز والعدوى بفيروسه، UNAIDS/10.1 IE/ 2010. ويظل انتشار الفيروس بين عامة السكان منخفضاً بمعدل إقليمي يصل إلى 0.2٪، وهو ثاني أكثر المعدلات انخفاضاً في العالم بعد المناطق الشمالية من أمريكا، والمناطق الغربية والوسطى من أوروبا التي بلغت المعدلات في كل منها 0.1٪، ولو أن هنالك تفاوتات إقليمية ملموسة، ففي جيبوتي وأجزاء من الصومال والمناطق الجنوبية من السودان تؤكد انتشار فيروس الإيدز بين الجمهرة العامة من السكان بنسبة تعدت 1٪ بين الحوامل اللائي يُنشَدن الرعاية قبل الولادة (الجدول 1). وتُظهر التقديرات الخاصة بالمتعاشين مع مرض الإيدز والحالات الجديدة من الإصابة بفيروسه تفاوتات جوهريّة خلال الخمسة الأعوام المنصرمة، ومردّد ذلك إلى (أ) تحسُّن في المنهجية المستخدمة لتقدير الحالات وفقاً لما أوصت به المجموعة المرجعية للرصد والتقييم التابعة للبرنامج المشترك لمكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه، و(ب) تحسُّن في المعطيات الوبائية الواردة من العديد من البلدان، ومنها باكستان والسودان. ولذلك يصعب وضع استنتاجات قوية من هذه المعطيات تتعلق باتجاهات الوباء. وقد قام، حديثاً، عدد من البلدان، بأخذ العينات الاحتمالية المجتمعية المرتكز والمؤسسية المرتكز، من أجل الحصول على معلومات حول انتشار الفيروس والسلوكيات المحفوفة بالخطر بين المجموعات السكانية الأشد اختطاراً مثل متعاطي المخدرات حقناً، والمساجين، وعاملات الجنس والرجال ذوي العلاقات الجنسية مع الرجال (الجدول 1).

وبناء على استعراض إقليمي للمعطيات المتوافرة حول الوباء قام به البنك الدولي، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه، والمكتب الإقليمي للمنظمة، فإن هناك العديد من الأنماط الوبائية التي تساهم في انتشار فيروس الإيدز في الإقليم (9). فوفقاً للنمط الأول، ينتشر الوباء، بين البلدان بصورة أساسية عن طريق متعاطي المخدرات حقناً، والمقارفين للسلوكيات الشديدة الاختطار

من نجاحات وإخفاقات البرامج الوطنية في مكافحتها لفيروس الإيدز في الفترة الماضية، علاوةً إلى الحاجة إلى تقوية أواصر الالتزام والتعاطي مع التحديات الملحة بصورة أكثر فعالية.

2. تحليل الوضع

1.2 السياق العالمي

في عام 2009، كانت الأعداد التقديرية على الصعيد العالمي للمتعاشين مع فيروس الإيدز من البالغين والأطفال 33.3 مليون شخص، فضلاً عن 2.6 مليون عدوى جديدة، مع حدوث 2.0 مليون وفاة من جراء الإصابة بالإيدز (8). وفي العام نفسه، كان العدد التقديري للحالات الجديدة من العدوى بالفيروس منخفضاً بمقدار 20٪ عما كان عليه الأمر في مرحلة الذروة للوباء التي حدثت منذ اثني عشر عاماً مضت. وكانت هناك عدة نجاحات تحققت في مجال الاستجابة للفيروس خلال السنوات القليلة الماضية، كان منها زيادة التغطية بمعالجة الحالات المصابة بالفيروس من 7٪ في 2003 إلى 52٪ عام 2009، ودلائل على انحسار وقوعات العدوى بالفيروس في بعض الأقاليم (8). غير أنه في الوقت الحالي يصاب على المستوى العالمي خمسة أشخاص بفيروس الإيدز مقابل كل شخصين تتاح لهما فرصة المعالجة.

2.2 الوضع الإقليمي

يواصل وباء فيروس الإيدز انتشاره في إقليم شرق المتوسط، وذلك طبقاً لتقديرات عام 2009. ففي هذا العام بلغ العدد التقديري للحالات التي أصيبت بعدوى الإيدز في الإقليم 75 000 شخصاً، وحدثت 2400 وفاة جراء الإيدز. أما إجمالي المتعاشين مع الفيروس في الإقليم بنهاية عام 2009 فبلغ تقديرياً حوالي 460 000 (التقرير العالمي: تقرير عن الوباء العالمي للإيدز للبرنامج المشترك لمكافحة

1. المقدمة

ويتمثل الغرض من الاستراتيجية الإقليمية لمواجهة القطاع الصحي لفيروس الإيدز 2011-2015، في الدعوة إلى تحرك عاجل للبلدان الأعضاء نحو تحفيز مساهمة القطاع الصحي من أجل تحقيق الإتاحة الشاملة لسبل الوقاية من الفيروس، ومعالجة حالات الإصابة به، ورعايتها ودعمها، انتهاءً بتحقيق المرامي الإنمائية للألفية (1)، ولاسيما المرمى الرابع الذي يسعى إلى تقليص وفيات الطفولة بحلول عام 2015، وذلك من خلال الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل؛ والرمي الخامس الذي يقضي بخفض معدلات وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع بحلول عام 2015، وذلك من خلال بذل الجهود المكثفة لكشف الحوامل المحتاجات إلى الرعاية والمعالجة من العدوى بفيروس العوز المناعي البشري، وتوفير المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية هن؛ والرمي السادس الذي يدعو الدول إلى تقليص انتشار الأمراض ولاسيما مرض الإيدز بين الفئات السكانية المهمشة التي لا تتاح لها سوى فرص ضئيلة للحصول على الخدمات.

وتأخذ الاستراتيجية في الاعتبار ما وضعتته الجمعية العامة للأمم المتحدة من التزامات في عام 2001 (2) وفي عام 2006 (3)، والتوجهات الاستراتيجية الخاصة بتنفيذ ما وضعتته كل من منظمة الصحة العالمية (4) وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه (5) بخصوص تحقيق الإتاحة الشاملة لوسائل الوقاية من الفيروس، ومعالجة ورعاية ودعم الحالات المصابة به. وترتكز الاستراتيجية الحالية على الاستراتيجية الإقليمية الخاصة بتعزيز استجابة القطاع الصحي لمرض الإيدز وفيروسه وللعدوى المنقولة جنسياً 2006-2010 (6)، كما أنها تقوم بدور تكميلي للاستراتيجية الإقليمية للوقاية من العدوى المنقولة جنسياً ومكافحتها 2009-2015 (7)، والتي لا يدخل فيروس الإيدز في نطاقها. أما الاستراتيجية التي نحن بصددتها فتعامل مع الحاجة إلى إعادة التوجيه بناء على المعرفة الأفضل للسّمات الوبائية في الإقليم، وعلى الدروس المستفادة

لم يكفَّ فيروس العوز المناعي البشري (الإيدز) عن الانتشار والاتساع، منذ اكتشاف أولى حالات العدوى به في إقليم شرق المتوسط في أوائل الثمانينات. فخلال العقد المنصرم، تراوحت الأعداد التقديرية للحالات الجديدة من العدوى بفيروس العوز المناعي البشري سنوياً ما بين خمسين ومئة ألف حالة. وعلى الرغم من بقاء معدلات انتشار الفيروس بين البالغين منخفضة لم تكدّ تتجاوز 0.2٪، إلا أن البيانات التي تراكمت تدلّ على أن الوباء يسارع بإحكام قبضته حول تلك المجموعات الفرعية من السكان التي هي على خطر عظيم، لكونهم يتعاطون المخدرات حقناً، أو يسلكون السلوكيات الجنسية المحفوفة بالخطر. وفي عام 2009، بلغت الأرقام التقديرية لحالات الوفاة التي عزيت إلى الإصابة بفيروس الإيدز 24 000 وفاة، كان من بينها 4400 وفاة لأطفال دون الخامسة عشرة من العمر. كما ازدادت بصورة كبيرة الجهود المبذولة للحدّ من انتشار الوباء، وللمعمل على التوسّع في إتاحة المعالجة المتقدمة للحياة بمضادات الفيروسات القهقرية، ونجحت بعض البلدان في تحقيق تغطية جديرة بالتقدير، لمن هم في حاجة إلى الخدمات العلاجية، ولو أن غالبية البلدان لا تزال تعاني من ثغرات كبيرة في المعارف المتصلة بالديناميات المحلية لوباء فيروس الإيدز وتلك المتعلقة بالبرامج التي تتعامل مع أولئك الذين هم على خطر عظيم. وهذه الثغرات هي السبب الرئيسي وراء استمرار سריاء الفيروس، علاوة على أن برامج مكافحة الفيروس في البلدان المتوسطة الدخل والمنخفضة الدخل، والتي حظيت في الأعوام السابقة بدعم سخّي من المانحين، تحاول جاهدة مجاهدة التحديات المتمثلة في تقديم تدخلات جيدة، والتغطية بها وضمان استمراريتها، ولاسيما وأن ذلك غالباً ما يتم من خلال النظم الصحية القائمة التي تعاني من الضعف والقصور.

ومعالجة المصابين به، ومنها الإدخال المنهجي لمبادرة
مقدم الخدمة بإجراء اختبار الكشف عن الفيروس
وتقديم التوعية حوله، ثم التوسع في هذه المبادرة،
وتقديم مضمومة الخدمات الوقائية لمتعاطي المخدرات
عن طريق الحقن، وعاملات الجنس والرجال ذوي
العلاقات الجنسية مع الرجال. أما أهم الفوائد المتوقعة
من الاستراتيجية الإقليمية فتتمثل في: (أ) الحصول
على معلومات أفضل حول الديناميات المحلية لوباء
الإيدز وفيروسه من أجل تيسير اتخاذ القرارات
الاستراتيجية، و(ب) التغطية المتزايدة بالخدمات
الوقائية من الإيدز وفيروسه بالنسبة إلى المُخْتَطَرين
لالتقاط العدوى به أو سرايته إليهم، و(ج) التغطية
المتزايدة بخدمات رعاية الحالات المصابة بالفيروس
ومعالجتها بين المتعاشين مع العدوى به، و(د) تعزيز
قدرة النظم الصحية على توفير تغطية جيدة مضمونة
الاستمرار بخدمات فيروس الإيدز وسائر الخدمات
ذات العلاقة.

الموجز

انتشار الإصابة بالفيروس بين البالغين، حيث بلغت حوالي 0.2٪، إلا أن البيّنات التي تراكمت تشير إلى أن الوباء يسارع بإحكام قبضته على المجموعات الفرعية من السكان المرّضين بصورة متزايدة للمخاطر المترافقة مع تعاطي المخدرات حقناً، أو السلوكيات الجنسية المحفوفة بالخطر. وعلى الرغم مما تقدّم، فإن غالبية البلدان لا تزال تعاني من وجود ثغرات كبيرة في المعارف الخاصة بالديناميات المحلية لوباء الإيدز وفيروسه. وقد ازدادت بصورة ملموسة، الجهود الدؤوبة المبذولة لمنع المزيد من انتشار الوباء، والتوسّع في إتاحة المعالجة المنقذة للحياة باستخدام مضادات الفيروسات القهقريّة، مما أسفر عن زيادة قدرها سبعون بالمئة في عدد المتلقّين للمعالجة بمضادات الفيروسات القهقريّة في ما بين العامين 2007 و2009. ولقد نجح عدد قليل من البلدان مثل باكستان، وجمهورية إيران الإسلامية، والمغرب في تحقيق تغطية جديرة بالتقدير لمن هم في حاجة إلى الخدمات الوقائيّة، غير أن المعدلات لا تزال منخفضة، بل تكاد معدومة، بالنسبة لتغطية البرامج للمرّضين لاخطار أكبر، وهو ما يمثّل السبب الرئيسي وراء استمرار سراية فيروس العوز المناعيّ البشري.

وتعمل الاستراتيجية الإقليمية أولاً وقبل كل شيء على تعزيز التوسّع في التغطية بالمداخلات الفعّالة للقطاع الصحيّ وتحسين جودتها، وهي المداخلات التي تؤلّف بالفعل جزءاً من الاستراتيجيات الإقليمية الراهنة. كما أنها تركز بشدّة على: تقوية النظم الصحية القائمة حتى تتمكن من تلبية احتياجات برامج مكافحة الإيدز، وعلى توجيه التدخلات نحو المجموعات السكانية التي يحتمل أن تقع بينها النسبة الكبيرة من سراية الفيروس، وعلى تحسين نظم المعلومات المتعلقة بفيروس العوز المناعيّ البشري من خلال تعزيز ترصّد الفيروس، وضمان شموليته وجودة المعطيات، وإجراء البحوث. وإضافةً إلى ما سبق، تشتمل الاستراتيجية أيضاً على أحدث الأساليب الخاصة بتعزيز سُبُل الوصول إلى الوقاية من العدوى بالفيروس، ورعاية

الغرض من الاستراتيجية الإقليمية لمُجابهة القطاع الصحيّ لفيروس العوز المناعيّ البشري 2011-2015 هو الدعوة إلى سرعة تحرك البلدان الأعضاء نحو تحفيز مساهمة القطاع الصحيّ بغرض تحقيق الإتاحة الشاملة لسُبُل الوقاية من الفيروس، ومعالجة حالات الإصابة به، ورعايتها ودعمها، انتهاءً بتحقيق المرامي الإنبائية للألفية. وتأخذ الاستراتيجية في الاعتبار ما وضعته الجمعية العمومية للأمم المتحدة في عاميّ 2001 و2006 من التزامات، وكذلك التوجّهات الاستراتيجية الخاصة بتحقيق ما وضعته كل من منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه، بخصوص تحقيق الإتاحة الشاملة لسُبُل الوقاية من الفيروس، والمعالجة منه، ورعاية ودعم الحالات المصابة به. وترتكز الاستراتيجية الحالية على الاستراتيجية الإقليمية الخاصة بتعزيز مجابهة القطاع الصحيّ لمرض الإيدز وفيروسه وللعدوى المنقولة جنسياً 2006-2010، كما أنها تقوم بدور تكميليّ للاستراتيجية الإقليمية للوقاية من العدوى ومكافحتها 2009-2015، والتي لا يدخل الإيدز وفيروسه في نطاقها. أما الاستراتيجية موضوع هذه الورقة فتتعامل مع الحاجة إلى إعادة التوجيه، بناء على المعرفة الأفضل لوباء الإيدز في الإقليم، وعلى الدروس المستفادة من نجاحات وإخفاقات البرامج الوطنية في مكافحتها لمرض الإيدز والعدوى بفيروسه في الفترة الماضية، علاوةً على الحاجة إلى تقوية أو اصر الالتزام والتعاطي مع التحدّيات الملحّة بصورة أكثر فعالية.

ومنذ اكتشاف العدوى الأولى لفيروس العوز المناعيّ البشري في أوائل الثمانينات، لم يتوقف الوباء عن الانتشار. فخلال العقد المنصرم، تراوحت الأعداد التقديرية للحالات الجديدة من العدوى بفيروس العوز المناعيّ البشري سنوياً ما بين خمسين ومئة ألف حالة. وعلى الرغم من ثبات انخفاض معدلات

- 2.2 إدراج تدخلات الوقاية والمعالجة من الفيروس، ورعاية حالاته بوصفها عنصراً أساسياً من عناصر الخطط والبرامج الشاملة للقطاع الصحي والمعنية بالصحة الإنجابية والصحة الجنسية، وصحة الأطفال والمراهقين، والصحة النفسية ومكافحة السل؛
- 3.2 تحديد العقبات التي تُعرق إدماج برنامج مكافحة الإيدز وإيتاء خدماته، في النظم الصحية الوطنية، والاستثمار في تقوية النظم الصحية لمجابهة هذه العقبات؛
- 4.2 التأكد من عدم تناقل فيروس الإيدز خلال التدخلات الطبية، ومن ضمنها نقل الدم والحُقن ضمن مؤسسات القطاعين العام والخاص على حدٍ سواء؛
- 5.2 التركيز في البلدان التي ينخفض فيها انتشار الوباء ويُحصَر، على حصول المجموعات الرئيسية التي يزداد فيها احتمال الأعداء بالفيروس، من قبيل متحائني المخدرات، والرجال ذوي العلاقات الجنسية مع الرجال، وعاملات الجنس، على المشورة والاختبار الطوعيين لفيروس الإيدز وخدمات الوقاية والرعاية؛
- 6.2 إزالة الوصم المرتبط بالإصابة بفيروس الإيدز بين العاملين الصحيين لضمان عدم حرمان الأشخاص المتعاشين مع فيروس الإيدز من الرعاية الطبية؛
- 7.2 تحقيق مزيد من الاستخدام الفعال للوسائل الإعلامية للارتقاء بمستوى الوعي في المجتمع ككل ولاسيما بين الشباب حول فيروس الإيدز؛
- 8.2 حفز التعاون عبر الحدود للتصدّي لمخاطر الإصابة بفيروس الإيدز والتعرّضية له، وضمان تلقي خدمات الوقاية والرعاية والمعالجة في حال الترحال وفي ما بين السكان المهاجرين؛
- 9.2 بناء قدرات كل من المؤسسات الحكومية ومنظمات المجتمع المدني بما يمكن من الاستفادة المُثلى من طاقاتها في المساهمة في مجابهة القطاع الصحي للإيدز مجابهة متكاملة؛
- 10.2 إنشاء نظم لترصّد فيروس الإيدز مع إيلاء اهتمام خاص للمراهقين والبالغين المنخرطين في سلوكيات جنسية أو إدمانية شديدة الخطار؛
- 11.2 الاستثمار في رصد وتقييم البرنامج لتيسير وجود إدارة للبرنامج قادرة على التجاوب مع المستجدات؛
- 12.2 إعداد خطط ميدانية محسوبة التكاليف لمُجابهة القطاع الصحي لفيروس الإيدز، وتخصيص نسبة وافية من الإنفاق الصحي لتنفيذ هذه الخطط.

3 تطلب إلى المدير الإقليمي ما يلي:

- 1.3 رصد تنفيذ الاستراتيجية الإقليمية وتقديم تقرير دوري عنها إلى اللجنة الإقليمية؛
- 2.3 مواصلة تقديم الدعم التقني للدول الأعضاء من أجل تكييف التدخلات وإدماجها في الاستراتيجيات والخطط الوطنية للقطاع الصحي المبنيّة على الاستراتيجية الإقليمية، ومن أجل تنفيذ هذه الاستراتيجيات والخطط ورصدها وحشد الموارد اللازمة لها.

القرار ش م/ل إ57/ق.5 (EM/RC57/R.5)

اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط
تشرين الأول/أكتوبر 2010
الدورة السادسة والخمسون
البند 4 (ج) من جدول الأعمال

الاستراتيجية الإقليمية لمُجابهة القطاع الصحي لفيروس الإيدز 2011 - 2015

اللجنة الإقليمية،

بعد أن استعرضت الورقة التقنية حول الاستراتيجية الإقليمية لمُجابهة القطاع الصحي لفيروس الإيدز⁽¹⁾،
وإذ تستذكر قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 60 /A /RES /262 الخاص بالإعلان السياسي المعني بمرض الإيدز
وفيروسه، والتزام الحكومات بالعمل على حصول الجميع على ما يتطلبه الإيدز من وقاية ومعالجة ورعاية؛
وإدراكاً منها لكون بلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة، يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالإتاحة الشاملة للجميع لما
يتطلبه الإيدز من وقاية ومعالجة ورعاية؛
وإذ يساورها القلق من جراء التحديات الملحة التي تحول دون حصول الجميع في الإقليم على ما يتطلبه الإيدز من
وقاية ومعالجة ورعاية؛
وإذ تدرك أيضاً أن القطاع الصحي يمكنه المساهمة مساهمةً رئيسية في بلوغ مرامي الإتاحة الشاملة لهذه الخدمات في
إطار الاستراتيجيات المتعددة القطاعات، المتعلقة بمرض الإيدز؛
وإذ تدرك أهمية الاستثمار والالتزام السياسي بمُجابهة هذا المرض مُجابهةً تركز على مبادئ الرعاية الصحية الأولية،
ويتم تكييفها بما يلائم السياق الوبائي، والاجتماعي والثقافي والاقتصادي لكل بلد؛
وإذ تلاحظ أن الاستراتيجية الجديدة تنطلق من التقدّم المُحرَز ضمن إطار الاستراتيجية الإقليمية لتعزيز مُجابهة
القطاع الصحي لمرض الإيدز وفيروسه 2006 - 2010 التي اعتمدت في القرار ش م/ل إ52/ق.9؛
وإذ تشدّد على ضرورة توفير خدمات الوقاية من الإيدز ورعاية حالاته ومعالجتها، للمجموعات السكانية التي هي
عُرْضةٌ بصورة خاصة ومتزايدة إلى انتقال الفيروس إليها، من الرجال ذوي العلاقات الجنسية مع الرجال، وعاملات
الجنس، ومتحاقني المخدرات؛

1. تُصادق على الاستراتيجية الإقليمية لمُجابهة القطاع الصحي لفيروس الإيدز 2011 - 2015؛
2. تحث الدول الأعضاء على القيام بما يلي:

1.2 استعراض ومراجعة وتنقيح الاستراتيجيات الوطنية للوقاية من فيروس الإيدز ومكافحته بُغية ترتيب
أولويات التدخّلات بما يتماشى مع الاستراتيجية الإقليمية ووفقاً للسياق المحلي للوباء؛

⁽¹⁾ الوثيقة ش م/ل إ57/ق.5

المحتوى

5	القرار ش م/ل إ57/ق.5 (EM/RC57/R.5)
7	الموجز
9	1. المقدمة
10	2. تحليل الوضع
10	1.2 السياق العالمي
10	2.2 الوضع الإقليمي
13	3.2 الاستجابة الحالية والتحديات
	3. الاستراتيجية الإقليمية لمُجابهة القطاع الصحي لفيروس الإيدز
18	في الحقبة 2011-2015
18	المرمى
18	الأغراض
19	الأهداف
19	المبادئ التوجيهية
19	عناصر الاستراتيجية
23	4. الخلاصة
23	5. التوصيات للبلدان الأعضاء
24	المراجع

بيانات الفهرسة أثناء النشر
منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
الإستراتيجية الإقليمية لمواجهة القطاع الصحي لفيروس العوز المناعي البشري 2011 – 2015 / منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي
لشرق المتوسط

ص.

صدرت الطبعة الإنجليزية في القاهرة (WHO-EM/STD/142/E)

صدرت الطبعة الفرنسية في القاهرة (WHO-EM/STD/142/F)

WHO-EM/STD/142/A

1. عداوى فيروس العوز المناعي البشري 2. قطاع الرعاية الصحية 3. التخطيط الصحي الإقليمي 4. السياسة الصحية 5. الوضع
الصحي أ. العنوان ب. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
(تصنيف المكتبة الطبية القومية: WC 503)

© منظمة الصحة العالمية، 2011

جميع الحقوق محفوظة.

إن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن
الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تحومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على
الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

كما أن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معيّنة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة
العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يمثّلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميّز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

ولا تضمن منظمة الصحة العالمية كمال أو صحة المعلومات الواردة في هذه المنشورة، كما أنها غير مسؤولة عن أية أضرار قد تنشأ عن استخدام هذه
المعلومات.

يمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط،
ص. ب. (7608)، مدينة نصر، القاهرة 11371، مصر (هاتف رقم: +202 2670 2535؛ فاكس رقم: +202 2670 2492؛ عنوان البريد
الإلكتروني: PAM@emro.who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي
لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري إلى المكتب الإقليمي
لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، على العنوان المذكور أعلاه؛ عنوان البريد الإلكتروني: WAP@emro.who.int).

الوثيقة WHO-EM/STD/142/A/08.11/300

جرى التصميم والإعداد والطباعة في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، بالقاهرة، مصر

الاستراتيجية الإقليمية
لمُجابهة القطاع الصحي
لفيروس العوز المناعي البشري
2015–2011



الاستراتيجية الإقليمية
لمُجابهة القطاع الصحي
لفيروس العوز المناعي البشري
2015–2011

